KANTON AARGAU

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

A-Post Plus
Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

18. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zu oben genannter Vorlage Stellung zu nehmen. Der Regierungsrat des Kantons Aargau nimmt wie folgt Stellung:

1. Allgemeine Bemerkungen

Der Regierungsrat des Kantons Aargau begrüsst die Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und die darin vorgeschlagenen Massnahmen. Auch ist der Regierungsrat bereit, zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen einen Beitrag zu leisten. Es ist dem Regierungsrat jedoch ein Anliegen, dass bei der Planung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt das gesamte Gesundheitssystem und im Besonderen auch die Sicherheit und Qualität der Versorgung im Auge behalten werden. Im Fokus aller Massnahmen steht für den Regierungsrat daher vor allem die Massnahme zur "Stärkung der koordinierten Versorgung".
Gerne nehmen wir im Folgenden detailliert Stellung:

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1 Zielvorgabe

Generell begrüsst der Regierungsrat die Intention, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen eine gewisse Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Dennoch äussert der Regierungsrat an der Praxistauglichkeit der Neuregelungen seine Zweifel. Einerseits ist die jährliche Anpassung der Kostenziele nicht praktikabel, da die Datensätze zu dieser Zeit noch nicht bekannt sind. Andererseits fehlt den Kantonen der Zugang zu den wesentlichen Daten der Versicherer und der Leistungserbringer. Für eine praktikable Lösung müsste der Zugang gewährleistet und die Zielvorgaben anstatt jährlich, über einen bestimmten Zeithorizont festgelegt werden. Zu überdenken sind ausserdem die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke, da sie der Idee von einem integrierten Versorgungsmodell im Wege stehen. Zu den Kostenblöcken zählen auch Medikamente. Da die Preise für Arzneimittel auf nationaler Ebene festgelegt werden, macht hier eine Steuerung durch die Kantone keinen Sinn.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 54 Abs. 2 des Entwurfs des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (E-KVG) in die alleinige Kompetenz des Bundesrats fallen. Der Regierungsrat fordert einen angemessenen Einbezug der Kantone. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 54 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

Zentral ist, dass trotz der Kostenziele die anderen wichtigen Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit nicht vernachlässigt werden. Aus Sicht des Regierungsrats haben daher vor allem die Orientierung an einer bedarfsgerechten Versorgung und Förderung der integrierten Versorgung grosses Kosteneinsparungspotenzial. Gerade im Hinblick auf die demografischen Herausforderungen im Gesundheitswesen und der Zunahme an älteren und chronisch kranken Menschen, die im Vergleich zur restlichen Bevölkerung mehr Leistungen beanspruchen, kann die Qualität und Finanzierbarkeit auf diese Weise sichergestellt werden, ohne dass es zu Qualitätseinbussen bei der Versorgung kommt.

2.2 Erstberatungsstelle

Der Regierungsrat begrüsst die Absicht, Gesundheitskosten durch das Vermeiden von unnötigen Leistungen und Doppelspurigkeiten einzusparen, lehnt aber die Einführung von obligatorischen Erstberatungsstellen entschieden ab. Bereits heute wählen gut 70 % der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit und können dadurch von Prämienrabatten profitieren. Dies zeigt, dass das Anreizmodell gut funktioniert.

Die Einführung von obligatorischen Erstberatungsstellen kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten, die ihre Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärztinnen und Ärzten abbrechen müssten. Das kann dazu führen, dass die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, nicht mehr gewährleistet ist.

Wesentlich zielführender wäre es, die Krankenkassen – analog der Fallführung im Bereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) – gesetzlich zu verpflichten, die Behandlung von chronisch kranken Personen aktiv zu steuern, zum Beispiel durch Disease Management Programme[1].

[1] Disease Management Programme (DMP) sind Gesundheitsprogramme der Krankenkassen, die chronisch erkrankten Patienten dabei helfen sollen, ihre Lebensqualität zu steigern und die Auswirkungen der Erkrankung zu minimieren.

2.3 Koordinierte Versorgung

Der Regierungsrat teilt die Überzeugung, dass durch die gezielte Förderung der koordinierten Versorgung durch Netzwerke und Programme der Patientenversorgung (siehe Kapitel 2.4) bestehende Versorgungsmängel und Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem abgebaut werden können. Gerade in einem föderalen und dezentralen Gesundheitssystem stellt eine gute Koordination der im Behandlungsfall von verschiedenen erbrachten Leistungen eine grosse Herausforderung dar. Hinzu kommen die bevorstehenden demografischen Herausforderungen.

Im Hinblick auf die Zunahme älterer Menschen und von Menschen mit mehrfachen chronischen Krankheiten ist eine gut abgestimmte Versorgung zentral. Oft sind mehrere ambulante und stationäre Leistungserbringer involviert. Damit die Qualität der Versorgung gesichert ist, müssen Schnittstellen und Übergange organisiert und untereinander vernetzt sein. Nur so können Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen vermieden werden. Daher erachtet der Regierungsrat die Schaffung gesetzlicher Grundlagen für den Zusammenschluss von interprofessionellen Betreuungsteams (Netzwerke) als absolut notwendig.

Gemäss Vernehmlassungsvorlage ist für den Koordinationsaufwand eine pauschale Vergütung für das Netzwerk vorgesehen. Der Regierungsrat begrüsst diese Stossrichtung; er befürchtet aber Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Leistungen des Netzwerks, wenn die erbrachten Leistungen durch verschiedene Finanzierer abgegolten werden. Weiter wird es für den Kanton schwierig, ein Controlling der einzelnen Leistungserbringer eines Netzwerkes und der einzelnen erbrachten Leistungen innerhalb eines Netzwerks durchzuführen. Dazu müssen noch die geeigneten Lösungen gefunden werden. Zu präzisieren gilt es auch, welcher Koordinationsaufwand anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, gegebenenfalls auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.

2.4 Programme der Patientenversorgung

Der Regierungsrat unterstützt die Förderung von Programmen der Patientenversorgung. Ärztlich geleitete, strukturierte Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg können bessere Ergebnisse bringen als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Ebenso können die Gesamtbehandlungskosten durch Vermeidung von Komplikationen, unnötigen Spitalaufenthalten und Rehospitalisationen gesenkt werden. Die damit einhergehende Aufwertung der Rolle von unter anderem Apothekerinnen und Apothekern, die neu spezifische, bisher ärztliche Leistungen übernehmen können (zum Beispiel Impfungen) ist im Sinne eines effizienten und patientenzentrierten Gesundheitswesens ebenfalls zu begrüssen.

2.5 Preismodelle und Rückerstattungen

Wird ein Preismodell festgelegt, bedeutet dies, dass in einem ersten Schritt der Krankenversicherer den Publikumspreis der Spezialitätenliste vergütet und in einem zweiten Schritt eine durch das Bundesamt für Gesundheit festgelegte Rückerstattung erfolgt. Um einen raschen und möglichst kostengünstigen Zugang zu innovativen, hochpreisigen Arzneimitteln zu gewährleisten, werden heute in der Schweiz vermehrt Preismodelle umgesetzt. Allerdings fehlte bislang eine gesetzliche Grundlage dafür. Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint dem Regierungsrat als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz bei der Festlegung der Medikamentenpreise in Kauf genommen werden muss. Ohne Preisemodelle müssten entweder überhöhte Preise akzeptiert oder der Zugang zu neuen, innovativen Arzneimitteln könnte nicht mehr oder nur stark verzögert gewährleistet werden.

2.6 Kostengünstigkeitsprinzip

Die Preisfestsetzung bei den Arzneimitteln erfolgt heute über einen Auslandpreisvergleich und einen therapeutischen Quervergleich, wobei die Preise heute je hälftig gewichtet werden. Beim aktuellen Prozess zur Preisbildung kann somit auch ein Preis als wirtschaftlich erachtet und festgelegt werden, der über dem durchschnittlichen Preis der Referenzländer liegt oder höher ist als derjenige eines anderen Arzneimittels mit gleichem Nutzen. In Zukunft will der Bundesrat bei der Preisbildung Grundsätze festlegen können, die sich an einer möglichst kostengünstigen Vergütung orientieren. So ist denkbar, dass in gewissen Fällen nur noch die Berücksichtigung des Auslandpreisvergleichs oder des therapeutischen Preisvergleichs sowie andere Preisbildungskriterien, die der Kostengünstigkeit Rechnung tragen, zur Anwendung gelangen. Der Regierungsrat unterstützt die Stossrichtung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden. Mit Bezug auf die Zielvorgaben (vgl. Kapitel 2.1) ist es dem Regierungsrat ein Anliegen, dass die Preisfestlegung der Komplexität halber weiter in der Kompetenz des Bundes bleibt.

2.7 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Die Orientierung am Tarif für vergleichbare Behandlungen in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint dem Regierungsrat angemessen, um den Grundsatz der freien Spitalwahl umzusetzen. Hingegen zweifelt der Regierungsrat an der kostendämpfenden Wirkung dieser Massnahme, da die Referenztarife von den Kantonen bisher eher zu tief als zu hoch angesetzt wurden.

2.8 Elektronische Rechnungsübermittlung

Der Regierungsrat begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

2.9 Invalidenversicherung

Der Regierungsrat begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

2.10 Kostenbeteiligung Mutterschaft

Der Regierungsrat unterstützt grundsätzlich eine einheitliche Regelung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG. Er ist jedoch irritiert, dass die Massnahme im Zusammenhang mit dem Kostendämpfungspaket aufgeführt wird. Die Neuregelung führt nicht zu Kosteneinsparnissen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Stephan Attiger	Vincenza Trivigno
Landstatthalter	Staatsschreiberin

Beilage
- Antwortformular

Kopie

- tarife-grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : RR AG

Adresse : Regierungsgebäude, 5001 Aarau

Kontaktperson : Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit

Telefon : 062 835 29 28

E-Mail : barbara.hürlimann@ag.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR AG	Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt auch den Kanton Aargau. Wir begrüssen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und sind bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten. Allerdings ist der Regierungsrat der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt bleiben muss. Wir erachten es als zielführend, zuerst bei den Strukturen Einsparungen zu erzielen, bevor über Zielvorgaben Kostenersparnisse erzielt werden müssen. Die Förderung der integrierten Versorgung und Digitalisierung im Gesundheitswesen hat unserer Meinung nach grosses Kostendämpfungspotenzial. Die Massnahmen zu den Zielvorgaben und die Einführung von obligatorischen Erstberatungsstellen erachten wir als noch zu wenig ausgereift und beantragen, die konkrete Umsetzung noch einmal zu überdenken beziehungsweise die Massnahme ganz zu streichen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR AG	40a – 40d			Anstelle von obligatorischen Erstberatungsstellen sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, die Behandlung von chronisch kranken Personen aktiv zu steuern.	Streichen; Anpassen im Sinne der Anregung.
RR AG	54	2		Die Kantone sollen in die Festlegung der kantonalen Kostenziele einbezogen werden.	Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er unter angemessenem Einbezug des betreffenden Kantons fest:
RR AG	54d	2, 3 und 4		Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann. Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Regierungsrat daher für die Kann-Regelung gemäss Variante 1 aus.	Unterstützung von Variante 1.

Appenzell Ausserrhoden

Regierungsrat

Regierungsgebäude
9102 Herisau
Tel. +41 71 353 61 11
Fax +41 71 353 68 64
kantonskanzlei@ar.ch
www.ar.ch

Regierungsrat, 9102 Herisau

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarife und Grundlagen
3003 Bern

Dr. iur. Roger Nobs
Ratschreiber
Tel. +41 71 353 63 51
roger.nobs@ar.ch

Herisau, 13. November 2020

Eidg. Vernehmlassung; Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2); Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat am 19. August 2020 ein Vernehmlassungsverfahren zum Vorentwurf des indirekten Gegenvorschlags zur eidgenössischen Volksinitiative „Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)“ eröffnet (Beilagen 1–3). Die Vernehmlasungsfrist dauert bis 19. November 2020.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Der Regierungsrat ist mit der Vernehmlassungsvorlage grundsätzlich einverstanden und unterstützt im Weiteren die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Wie für die GDK liegt auch für den Regierungsrat die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe und Erstberatungsstelle bedarf die Vorlage aber einer weiteren Anpassung und Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Dr. iur. Roger Nobs, Ratschreiber

KANTON
APPENZELL INNERRHODEN

Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 11
info@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch und
tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Appenzell, 19. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kosten-dämpfung - Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»
Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur oben erwähnten Gesetzesänderung zukommen lassen.

Die Standeskommission hat die Unterlagen geprüft. Sie begrüsst die Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms in grundsätzlicher Hinsicht. Dennoch kann sie nicht alle Massnahmen unterstützen, weshalb sie Ihnen die folgenden Massnahmenvorschläge unterbreitet:

1. Zielvorgabe

Die vorgeschlagene Massnahme will in das angebotsgetriebene, und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte, Gesundheitswesen steuernd eingreifen. Solche Eingriffe machen zwar durchaus Sinn, das geltende System mit Zulassungsbeschränkungen und Spitallisten bietet jedoch bereits heute ausreichend Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen. Die Standeskommission lehnt diese Massnahme daher aus den nachfolgend erwähnten Gründen grundsätzlich ab.

Bei der konkreten Ausgestaltung der geplanten Massnahme beurteilen wir insbesondere den verfolgten Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung als kritisch. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde.

Falls der Bund dennoch an der geplanten Massnahme festhalten sollte, weisen wir auf folgende Problempunkte hin:

- *Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist unter anderem aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel.* Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahrs, allenfalls sogar des Vorvorjahrs überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von

ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, obwohl noch nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele sollte daher höchstens ein Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) festgelegt werden.

- *Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringenden erhalten.* Art. 21 E-KVG nennt jedoch nur das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer, ohne ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone.

- *Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten.* Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Anspruchsberechtigter in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen, wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.

- *Man sieht schon heute bei den verschiedenen, im Prämiengenehmigungsprozess herangezogenen Kostenprognosemodellen, stark divergierende Schätzungen,* sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnten. Für kleinere Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie sollte der Bund daher auf jeden Fall grössere Toleranzmargen zulassen.

- *Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken* und innovative Kooperationsansätze (z.B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Der Massnahme fehlt der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung, und andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit werden tendenziell vernachlässigt.

Bezüglich der Korrekturmassnahmen spricht sich die Standeskommission ganz klar für eine Kann-Regelung aus, und sie lehnt eine Muss-Bestimmung ab. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, beispielsweise wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwändig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Die Argumente für eine Umsetzung nach dem *Prinzip Wohnkanton der Versicherten* können wir nachvollziehen und unterstützen die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem - auch angebotsbedingt - relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der

Leistungen durch die Kantonseinwohnerinnen und -einwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und -ärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie -kategorien sowie Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 52 Abs. 2 E-KVG in die alleinige Kompetenz des Bundesrats fallen. Die Standeskommission fordert einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 52 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

2. Erstberatungsstelle

Die Standeskommission begrüsst das Ziel, durch die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung (Gatekeeping) Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss der Statistik der OKP wählten 2018 bereits gut 70% der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich.

In Bezug auf die vorgeschlagene Lösung weisen wir zudem auf folgende Vollzugsfragen hin:

- *Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden.* Diese Gefahr besteht, da die Patientin oder der Patient, die ihre Leistungerbringerin oder ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den oft langjährigen Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärztinnen und Ärzten abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.

- *Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion.* Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patientinnen und Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- respektive Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.

- *Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen:* Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale - auch dann, wenn sie die

Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Wir fordern den Bund daher auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.

- *Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben.* Die Standeskommission besteht auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.

- *Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären.* Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

3. Koordinierte Versorgung stärken

Die Standeskommission ist grundsätzlich der Ansicht, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Sie unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch den Bund. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, und viele Kantone tun das auch bereits. Wir erachten es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln. Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme weisen wir auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollen:

- *Koordinationsaufwand:* Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, gegebenenfalls auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.

- *Zulassungsvoraussetzungen:* Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert

zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.

- *Festsetzung Tarife:* Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrags zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder bedeutet eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Weitere Massnahmen

4.1 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen

Die Standeskommission begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

4.2 Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patientinnen und Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum im Paket 1 vorgestellten Referenzpreissystem könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträgerinnen und -träger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimittel häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55% durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der SL, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

4.3 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

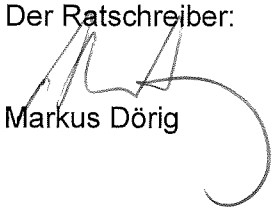
Die Standeskommission kann die Bedenken nachvollziehen, dass die - aktuell in einigen Kantonen geltenden - unrealistisch tiefen Referenztarife, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen.

Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert die Standeskommission einen angemessenen Einbezug der Kantone.

Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringerinnen und -erbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission
Der Ratschreiber:



Markus Dörig

Zur Kenntnis an:
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell
- Nationalrat Thomas Rechsteiner (thomas.rechsteiner@parl.ch)

Kanton Bern
Canton de Berne

Regierungsrat

Postgasse 68
Postfach
3000 Bern 8
info.regierungsrat@be.ch
www.be.ch/rr

Staatskanzlei, Postfach, 3000 Bern 8

Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail an:
- Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Ihr Zeichen:	
Unser Zeichen:	2020.GSI.2164
RRB Nr.:	1288/2020
Direktion:	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Klassifizierung:	Nicht klassifiziert

18. November 2020

Vernehmlassung des Bundes: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»
Stellungnahme des Kantons Bern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Er begrüsst die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und kann die im Massnahmenpaket 2 vorgeschlagenen Massnahmen mehrheitlich unterstützen. Als zentraler Akteur in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung hat der Kanton Bern grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen und letztlich an der Begrenzung des Prämienanstiegs. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird mit grosser Besorgnis betrachtet.

Wie bereits bei der Beurteilung des ersten Massnahmenpakets erwähnt,[1] erachtet es der Regierungsrat als unerlässlich, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten. Eine Prüfung möglicher Auswirkungen, insbesondere ungeplanter und nicht beabsichtigter Wechselwirkungen mit bisherigen Systemen ist unumgänglich und fehlt grösstenteils noch. Die Wirksamkeit der Zielvorgabe und der Erstberatungsstelle hängt stark davon ab, wie diese Massnahmen umgesetzt werden. Insbesondere in Bezug auf diese beiden Massnahmen erscheint die Vorlage als noch zu wenig ausgereift, da deren Wirkungen stark von der Ausgestaltung und Umsetzung abhängen.

03|04|D|v01

[1] Vgl. RRB 1335/2018

Aus diesem Grund sollte vor allem die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

Der administrative Aufwand darf nicht grösser werden, ansonsten beabsichtigte Kosteneinsparungen unterlaufen werden. Gerade bei den Massnahmen «Zielvorgabe» und «Erstberatungsstelle» muss für die Kantone von erheblichen zusätzlichen administrativen Aufwänden ausgegangen werden und es stellt sich hierbei die Frage, wie das Kosten-Nutzen-Verhältnis aussieht. Die in Zusammenarbeit mit dem SECO durchzuführende Regulierungsfolgeabschätzung zur Prüfung der Auswirkungen und Analyse der Kosten-Nutzen der Vorlage soll gemäss erläuterndem Bericht erst zusammen mit den Ergebnissen der Vernehmlassung unterbreitet werden. Wünschenswert wäre gewesen, wenn diese bereits für die Vernehmlassung vorgelegen hätte.

Betreffend die finanziellen Auswirkungen führt der Bundesrat zum einen aus, dass diese für einen grossen Teil der Massnahmen nicht genau quantifiziert werden können, da sie von der konkreten Umsetzung durch die betroffenen Akteure abhängen. Zum anderen geht der Bundesrat in seiner optimistischen Einschätzung davon aus, dass mit den vorgeschlagenen Massnahmen längerfristige Einsparungen von über einer Milliarde Franken (oder einigen wenigen Prämienprozenten) zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) möglich sind. Diese Aussage ist widersprüchlich und es stellt sich die Frage, ob nicht die Gefahr besteht, dass sich die Massnahmen kaum kostendämpfend auswirken werden.

Zu den einzelnen Massnahmen nimmt der Regierungsrat nachfolgend Stellung und bittet um Berücksichtigung seiner Bemerkungen und Anliegen. Die Stellungnahme des Kantons Bern stützt sich dabei im Wesentlichen auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 22. Oktober 2020.

1. Zielvorgabe

Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahme, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, wird vom Kanton Bern sehr kritisch betrachtet und kann in der vorgelegten Form mit den vielfältigen Umsetzungsfragen nicht unterstützt werden.

Insbesondere kritisch zu beurteilen sind der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen.

Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme:

- Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten nicht praktikabel. Zum einen müssten die Kantone Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Zum anderen ist mit einem erheblichen zusätzlichen administrativen Aufwand bei den Kantonen zu rechnen, der nur mit zusätzlichen Ressourcen bewältigt werden kann. Die Erwartung des Bundes, dass die Tarifpartner in eigener Regie kostendämpfende Massnahmen vereinbaren würden und sich somit der Aufwand für Bund und Kantone wesentlich reduzieren würde, erscheint fragwürdig.

- Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten. Dabei stellt sich die Frage, ob die notwendigen Daten in der notwendigen Qualität überhaupt vorhanden sind, so dass tatsächlich mehr Transparenz geschaffen werden kann, welche Kostenzunahmen medizinisch gerechtfertigt sind und welche nicht. Da in Artikel 21 der Vorlage das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen würden. Daher ist, sofern der Bundesrat an dieser Massnahme festhält, die Datenweitergabe an die Kantone zu regeln, ansonsten die Kantone nicht über die notwendigen Daten für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke verfügen.
- Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten. Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht vage.
- Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnten.
- Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken und innovative kooperative Ansätze (z. B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht «übergeordnet» wirken und die ebenfalls im Paket 2 vorgesehene Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags sind mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufzudecken und gezielt zu korrigieren. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.
- Auch erscheint es fraglich, ob die Zielvorgabe mit der Massnahme aus dem Paket 1, dass Tarifpartner Regelungen zur Steuerung der Kosten in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen festlegen, vereinbar ist und ob es Anknüpfungspunkte gibt bzw. ob sich die beiden Massnahmen ergänzen.

Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Regierungsrat ganz klar für eine Kann-Regelung aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, beispielsweise wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Artikel 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren. Dem Regierungsrat stellen sich zudem die Fragen, ob die möglichen, von den Kantonsregierungen zu verfügenden Korrekturmassnahmen aus Absatz 2 hinreichend sowie zeitnah umsetzbar sind, wenn dem im KVG festgehaltenem Verhandlungsprimat Rechnung zu tragen ist, und ob der Bundesrat bei diesem Vorschlag davon ausgeht, dass die (kantonalen) Tarife zu hoch sind.

Die Argumente für eine Umsetzung nach dem Prinzip Wohnkanton der Versicherten kann der Regierungsrat nachvollziehen und unterstützt die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(-kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Artikel 54 Absatz 2 der Vorlage in die alleinige Kompetenz des Bundesrates fallen. Der Kanton Bern fordert einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Artikel 54 der Vorlage festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

2. Erstberatungsstelle

Der Regierungsrat begrüsst das Ziel, durch Förderung des Gatekeeping die zu erbringenden Leistungen untereinander stärker zu koordinieren. Dies verbessert die Qualität der Leistungserbringung und führt zu einem Rückgang der Gesundheitskosten überall dort, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Der Regierungsrat stellt jedoch in Frage, ob die für die Erstberatungsstelle geforderten fachlichen Kompetenzen tatsächlich notwendig sind, um die Aufgaben einer solchen Triagestelle zu erfüllen. Praktische Ärzte, Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte können nach Ansicht des Regierungsrats sinnvoller eingesetzt werden.

Gemäss Statistik der OKP wählten im Jahr 2018 bereits gut 70 % der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Es liefert aber auch einen Hinweis auf die wohl limitierte Wirkung einer Verpflichtung zur Nutzung einer Erstberatungsstelle.

Der Regierungsrat weist in Bezug auf die vorgeschlagene Lösung auf folgende Vollzugsfragen hin:

- Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden. Diese Gefahr besteht, da der Patient und die Patientin, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen unter Umständen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.
- Da bereits 70 % der Schweizer Bevölkerung ihre Wahlfreiheit freiwillig eingeschränkt haben, ist es unklar, ob mit der Verpflichtung eine Kostendämpfung erzielt werden kann.
- Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion. Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch

kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.

- Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen: Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Der Regierungsrat fordert den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.
- Durch die Prüfung der Erstberatungsstelle und der Führung einer Liste fällt bei den Kantonen zusätzlicher Aufwand an. Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben. Der Regierungsrat besteht auf schlanke und unbürokratische Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Bundesrat lediglich annimmt, dass eine Erstberatungsstelle effizient bestimmen kann, ob eine Behandlung notwendig ist und somit tiefere Kosten zulasten der OKP entstehen.
- Die Frage der Weiterführung von besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und entsprechenden Prämienrabatten ist zu klären. Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Soll es weiter besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und entsprechenden Prämienrabatten geben? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

3. Koordinierte Versorgung stärken

Der Regierungsrat teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Sie unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Dabei ist jedoch auch darauf hinzuweisen, dass die Abrechnung der Leistungen des Kooperationskreises gemäss den geltenden Regelungen der OKP kostentreibend sein könnten. Zudem stellt sich die Frage, ob die Anreize und Vorteile für Leistungserbringer, sich einem Netzwerk anzuschliessen bzw. eine Koordination vertraglich zu vereinbaren, genügend gross sind.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits.[2] Der Regierungsrat erachtet es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen

[2] Vgl. Impulse für die integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Mai 2019

dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet auch die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln. Im Hinblick auf die Weiterverfolgung dieser Massnahme weist der Regierungsrat auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollten:

- Koordinationsaufwand: Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- Zulassungsvoraussetzungen: Können sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG sichert zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.
- Festsetzung Tarife: Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Artikel 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf und somit auch zum Kantonsanteil nicht berechtigt ist?
- Die Finanzierung der neuen Massnahme ist grundsätzlich zu klären und darzulegen. In der aktuellen Vorlage bleiben viele Finanzierungsfragen am Behandlungspfad offen.

4. Weitere Massnahmen

4.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Regelung.

4.2 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen

Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch gewährleistet werden.

4.3 Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der Spezialitätenliste, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

4.4 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Der Regierungsrat kann die Bedenken nachvollziehen, dass unrealistisch tiefe Referenztarife, die aktuell in einigen Kantonen gelten, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen und entspricht in der Zielsetzung der geltenden GDK-Empfehlung betreffend Referenztarife.[3] Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme dürfte hingegen nicht zum Tragen kommen, da es Kantone gibt, welche tiefere Referenztarife festgelegt haben als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert der Regierungsrat einen angemessenen Einbezug der Kantone. Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Artikel 41 Absatz 1 der Vorlage offener formuliert werden.

4.5 Elektronische Rechnungsübermittlung

Der Regierungsrat begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

5. Fehlender Einbezug des stationären und ambulanten Langzeitpflegebereichs

Die Bedeutung und die Folgen der Vorlage für den Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie freischaffende Pflegefachpersonen) ist sehr schwierig einzuschätzen, da dieser Bereich nur an sehr wenigen Stellen erwähnt, aber nicht erläutert wird.

So wird im erläuternden Bericht zu Artikel 54 ausgeführt, dass im Falle der Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG, bei denen die OKP Beiträge leistet, sich das Kostenziel nur auf diese Beiträge der OKP bezieht, auch weil die Gesamtkosten dieser Leistungen nicht durch das Gesetz geregelt werden, sondern die Restfinanzierung den Kantonen obliegt. Gemäss Artikel 54a der Vorlage (Kostenblöcke) ist vorgesehen, dass grundsätzlich zwischen ambulanten, spitalambulanten und stationären Leistungserbringern und nach den einzelnen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 KVG zu unterscheiden ist. Als einzelne Leistungserbringende gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG gelten unter anderem Pflegeheime (Art. 35 Abs. 2 Bst. k KVG) und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen (freiberufliche Pflegefachpersonen und Spitex-Organisationen, vgl. Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG). Grundsätzlich sollen demnach im stationären und ambulanten Langzeitpflegebereich auch Kostenziele gesetzt werden. In Artikel 54d der Vorlage folgen die Massnahmen, die bei einer Überschreitung der Kostenziele ergriffen werden sollen. Die genannten Massnahmen, die sich auf Tarifpartner und Tarifverträge beziehen, lassen sich allerdings nicht im Langzeitpflegebereich anwenden. Der Beitrag der Versicherer an die in Alters- und Pflegeheimen erbrachten Leistungen und an die Leistungen, die von Spitex-Organisationen und von freischaffenden Pflegefachpersonen erbracht werden, werden in Artikel 7a KLV[4] geregelt. Aus Bericht und Erlass geht folglich nicht hervor, welche Massnahmen zu ergreifen sind, falls in diesen beiden Bereichen die Kostenziele nicht erreicht werden.

6. Massnahmen in der Invalidenversicherung

Keine Anmerkungen.

---

[3] Empfehlung der GDK zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (Version vom 14.02.2019).
[4] Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31)

7. Weitere Anpassungen

In Bezug auf die Gleichbehandlung der Patientinnen bei der Kostenbeteiligung Mutterschaft begrüsst der Regierungsrat die Massnahme. Wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sind nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung auszunehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

8. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gewisse Massnahmen des Pakets 2 unterstützt werden können. Die Massnahmen «Zielvorgabe» und «Erstberatungsstelle» werden in dieser Form nicht unterstützt. Es bedarf einer grundlegenden Überarbeitung und Konkretisierung. Neben der Frage der notwendigen fachlichen Kompetenz wird die kostendämpfende Wirkung in Frage gestellt, insbesondere durch den immensen administrativen Aufwand, welcher diese Massnahme generiert. Die Zuständigkeiten der Kantone sind hier zwingend zu respektieren und den Kantonen sind die nötigen Voraussetzungen für den Vollzug zu schaffen. Nicht quantifizierbar sind insbesondere bei diesen beiden Massnahmen der Vollzugsaufwand seitens Bund und Kantone sowie die tatsächlich zu erzielenden Kosteneinsparungen. Kosten-Nutzen-Analysen fehlen bzw. liegen noch nicht vor. Gemäss erläuterndem Bericht erwartet der Bundesrat bei Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug keine direkten Auswirkungen auf die Kantone, lediglich weniger Prämien und weniger Prämienverbilligungen. Betreffend Zielvorgabe geht der Bundesrat davon aus, dass diese sich aufgrund des Kantonsanteils positiv auf die Kantonsfinanzen auswirken wird. Weiter geht er davon aus, dass die Kantone erheblichen Spielraum haben, wie sie ihr zusätzliches Steuerungsinstrument und mit wieviel Ressourcen sie diese einsetzen wollen. Betreffend Erstberatungsstelle erwähnt der Bundesrat, dass die Kantone prüfen, verfügen und veröffentlichen. Diese Aussagen sind sehr rudimentär – zumindest ist davon auszugehen, dass wesentlich mehr administrativer Aufwand generiert wird.

Der Regierungsrat dankt für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Pierre Alain Schnegg
Regierungspräsident

Christoph Auer
Staatsschreiber

Landeskanzlei
Rathausstrasse 2
4410 Liestal
T 061 552 50 06
landeskanzlei@bl.ch
www.bl.ch

BASEL LANDSCHAFT
REGIERUNGSRAT

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

Per Mail an Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
und gever@bag.admin.ch

Liestal, 10. November 2020
VGD/AfG/UK

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)», Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum oben erwähnten Geschäft.

Gerne teilen wir Ihnen mit, dass sich der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) anschliesst.

Wir bitten Sie, die Anliegen der GDK bei der weiteren Bearbeitung des Geschäfts zu berücksichtigen und danken Ihnen bestens für Ihre Bemühungen.

Hochachtungsvoll

Dr. Anton Lauber
Regierungspräsident

Elisabeth Heer Dietrich
Landschreiberin

– Beilage: Stellungnahme GDK

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Kanton Basel-Stadt
Abkürzung der Firma / Organisation	: BS
Adresse	: Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel
Kontaktperson	: Ljubiša Stojanović, Gesundheitsdepartement, Gesundheitsversorgung, Leiter Finanzen und Dienste
Telefon	: 061 205 32 60
E-Mail	: Ljubisa.Stojanovic@bs.ch
Datum	: 10. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BS	Grundsätzlich begrüsst der Kanton-Basel Stadt die mit dem Paket 2 vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung. Die Verantwortung für eine funktionierende und hochstehende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung liegt hauptsächlich bei den Kantonen. Die vorliegenden Massnahmen unterstützen den Kanton Basel-Stadt mehrheitlich bei der Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen. Es ist jedoch zentral, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung auch den Fokus auf die Versorgungssicherheit und -qualität zu legen. Während dies bei der Stärkung der koordinierten Versorgung umgesetzt wird, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe und der Erstberatungsstelle wesentlich von deren Umsetzung ab. Die vorgeschlagenen Massnahmen sind diesbezüglich zu wenig konkret und ausgereift. Daher sollte primär die Weiterverfolgung der Koordinierten Versorgung und die damit angestrebte Kostendämpfung sowie Vorteile für die Versorgung im Zentrum stehen. Nachfolgend werden allgemeine Bemerkungen zu den vorgeschlagenen Massnahmen „Zielvorgaben", „Erstberatungsstelle", „Koordinierte Versorgung stärken" und „Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug" angebracht. Für weitergehende Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen wird auf die untenstehende tabellarische Zusammenstellung verwiesen.
BS	**Zielvorgaben** Grundsätzlich kann die allgemeine Zielsetzung der vorgeschlagenen Massnahme gutgeheissen werden. Eine Steuerung des angebotsgetriebenen und vom Kostenwachstum geprägten Gesundheitswesens ist ein Schritt in die richtige Richtung, zumal die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz in den Händen der Kantone belassen werden soll. Mit den vorliegenden Massnahmen könnten die Kantone im Falle eines übermässigen Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung eingreifen. Dies ist vom Grundsatz her zu begrüssen. Zu kritisieren ist hingegen insbesondere die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung. In der vorliegenden Form würde sich die Umsetzung für die Kantone als nahezu unmöglich erweisen. Insbesondere lehnt der Kanton Basel-Stadt in diesem Zusammenhang eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ab. Diese ist aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten in der Praxis nicht umsetzbar. So müssten die Kantone die Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche bereits bestimmen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ferner müssten sie Korrekturmassnahmen festlegen, bevor überhaupt bekannt ist, ob die Zielvorgaben auch tatsächlich eingehalten worden sind. Unklar ist darüber hinaus auch, wie mit Beschwerden gegen kantonale Beschlüsse oder Korrekturmassnahmen umgegangen würde. Die jährliche Überprüfung ist daher abzulehnen. Damit das System genügend Zeit hat sich anzupassen, braucht es einen deutlich längeren Horizont. Ein 4-jähriger Zyklus scheint sinnvoll, um die Zielvorgabe politisch zu verabschieden, danach in den Kantonen mit verzögerten Daten umzusetzen und nicht zuletzt zu beurteilen, ob die Wirkungen von Steuerungs- bzw. Korrekturmassnahmen zufriedenstellend sind. Schliesslich ist zu befürchten, dass die Festlegung der Zielvorgaben für jeweils einzelne Kostenblöcke das übergeordnete Ziel der Stärkung der koordinier-

	ten Versorgung behindert, ja sogar noch zu einer zusätzlichen „Silobildung" zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen beiträgt. Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte innovative Kooperationsansätze wie beispielsweise „ambulant vor stationär" eher bremsen und könnte auch die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung behindern, wie sie die Kantone Basel-Stadt und Basel-Land im Rahmen der gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) vorantreiben. Dies zeigt sich nicht zuletzt darin, dass die Bemessung der Zielvorgabe und der Kostenentwicklung unabhängig davon, ob sie nach Massgabe des Standort- oder des Wohnortkantons vorgenommen wird, mit grossen technischen Schwierigkeiten verbunden sein wird, da die hoheitlichen Steuerungsinstrumente nicht mit deren Wirkungsgebiet zusammenfallen. Mit der vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung soll zwar ein gewisser Ausgleich geschaffen werden. Trotzdem fehlt insgesamt der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung, und wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit werden tendenziell vernachlässigt. Weitere Bemerkungen zu dieser Massnahme: • Für die Umsetzung benötigen die Kantone einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer. Es ist unabdingbar, den Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer in einer entsprechenden Gesetzesbestimmung festzuhalten (siehe unten die Bemerkungen zu Art. 21 VE-KVG). • Die Umsetzung der Zielvorgaben stellt für die Kantone auf administrativer Ebene und auch in punkto Finanzierung eine starke Belastung dar. Hinzu kommt, dass für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen viele Kantone auch auf externe Unterstützung angewiesen wären. • Der Vorschlag geht immer noch davon aus, dass es ein „technisch richtiges" Niveau an Kostenwachstum gibt, das von einer Expertenkommission berechnet werden könnte und dann einfach von den Kantonen auf die verschiedenen Sektoren runtergebrochen werden kann. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Der Bund sollte daher grössere Toleranzmargen zulassen. • Grundsätzlich kann der Kanton Basel-Stadt die Argumente für eine Umsetzung nach dem Prinzip Wohnkanton der Versicherten nachvollziehen. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für den Kanton Basel-Stadt schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.
BS	**Erstberatungsstelle** Im Jahr 2018 wählten bereits mehr als 70% der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit, was zeigt, dass die Mehrheit der Gesellschaft gegenüber solchen Modellen positiv eingestellt ist. In diesem Sinn unterstützt der Kanton Basel-Stadt das Ansinnen, die gezielte Steuerung der Leistungen durch eine koordinierende Stelle – im Normalfall die Hausärztin oder der Hausarzt – zu stärken. Trotzdem sind bezüglich der vorgeschlagenen Erstberatungsstelle auch Kritikpunkte, wie insbesondere der nicht zu unterschätzende Mehraufwand für die Kantone anzu-

	bringen. Darüber hinaus sind auch die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme aus Sicht des Kantons Basel-Stadt in Frage zu stellen. Auf folgende Anliegen möchten wir im Besonderen hinweisen: • Es gilt zu verhindern, dass mit der Einführung einer solchen Erstberatungsstelle chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden. Eine Wahlfreiheit nicht nur der Erstberatungsstelle sondern auch aller weiterbehandelnden Leistungserbringer*innen muss in jedem Fall gewährleistet bleiben, ebenso wie die adäquate Versorgung von älteren Menschen bzw. multimorbiden oder chronischen Patientinnen und Patienten. • Da bereits heute gut zwei Drittel der Versicherten in einem Hausarzt- oder HMO-Modell versichert sind, stellt sich die Frage, ob eine solche Regelung insbesondere mit Blick auf den hohen Administrativaufwand für die Kantone wirklich erforderlich ist. Auch wenn es heute noch vielfach jüngere und gesündere Versicherungsnehmer sind, die besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wählen, wird sich mit deren fortschreitendem Alter der Anteil an Versicherungsnehmern im Standardversicherungsmodell automatisch weiter verringern und der Anteil mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers steigen. • Die vorgesehene pauschale Vergütung (Pro-Kopf-Betrag) der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion. Bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten ist dieser Betrag je nachdem nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden. • Zu hinterfragen ist ferner, dass der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale bezahlt – auch wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist fraglich. • Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen zuerst aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Dies bedeutet einen grossen administrativen Aufwand und es stellt sich die Frage, ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis tatsächlich aufgeht. Der Kanton Basel-Stadt fordert, dass die Mehrbelastung tragbar sein muss, insbesondere mit Blick auf die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen. • Zentral sind auch Fragen im Zusammenhang mit der Weiterführung von Prämienrabatten: Müssen Versicherte, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? Falls ja, in welchem Umfang?
BS	**Koordinierte Versorgung stärken** Der Kanton Basel-Stadt ist ebenfalls der Ansicht, dass eine gezielte Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und von Programmen

	der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zur Bewältigung der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich wird deshalb gutgeheissen. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden. Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits. Der Kanton Basel-Stadt empfiehlt deshalb, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.
BS	**Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug** Grundsätzlich kann sich der Kanton Basel-Stadt mit der Stossrichtung der vorgeschlagenen weiteren Massnahmen zur Kostendämpfung (Differenzierte WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG, Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen, Preismodelle und Rückerstattungen, Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten, Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl, Elektronische Rechnungsübermittlung) einverstanden erklären. Bei den vorgesehen Preismodellen für innovative Arzneimitteltherapien ist der Transparenzverlust in Bezug auf die Preisgestaltung zu bedauern, kann aber im Interesse einer wirtschaftlicheren Vergütung in Kauf genommen werden. Sofern im Rahmen dieser Modelle Rückerstattungen für stationäre Therapien vorgesehen werden, sind auch die Kantone als Mitfinanzierer daran zu beteiligen. Weitergehende Bemerkungen finden sich zu den einzelnen Bestimmungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BS	21			Für eine Umsetzung der Zielvorgaben benötigen die Kantone einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer. Art. 21 VE-KVG sieht einzig das BAG als Empfängerin der Daten der Versicherer vor und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt. Somit verfügen die Kantone nicht über die erforderlichen Informationen für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke. Es ist unabdingbar, den Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer in einer entsprechenden Gesetzesbestimmung festzuhalten.	
BS	25	2	h u. i	Die Verankerung von nicht-ärztlichen Leistungen (Apotheken, ANPs) im Rahmen von strukturierten Programmen ist für die koordinierte Versorgung von Bedeutung. Insbesondere die Rolle von ANPs kann dadurch gestärkt werden, d.h. derjenigen, welche in einer koordinierten Versorgung weitergehende Aufgaben in der Koordination, bei Assessments, Überwachung und spezifischen Behandlungsmassnahmen übernehmen können. Es bleibt jedoch offen, wie die ANPs ausserhalb solcher strukturierten Programme vergütet werden. Durch Verlagerung bestimmter Leistungen auf Apotheken (z.B. spezifische Impfungen) können Kosten eingespart werden.	
BS	32	3		Die in Art. 32 Abs. 3 vorgesehene differenzierte Betrachtung ist sicherlich sinnvoll und zu unterstützen, da damit eine transparen-	

				tere Auslegung der WZW-Prüfung möglich wird. Es wird aber abzuwarten sein, welche Kriterien dann konkret vom Bundesrat vorgeschlagen werden. Auch die Ausführungen zur detaillierten WZW-Prüfung bei Indikationserweiterungen, Limitierungsänderungen oder Indikationseinschränkungen sind durchaus zu begrüssen.	
BS	35	2	o	Eine Verankerung der Leistungserbringung durch Netzwerke im KVG ist zu begrüssen. Die Gründe für die Verankerung sind bekannt und nachvollziehbar. Zentral bleibt daher die Frage, ob die Verankerung der Netzwerke im KVG alleine die Leistungserbringer dazu motivieren kann, sich einem Netzwerk anzuschliessen. Parallel zur Verankerung im KVG müsste deshalb ein adäquates Anreizsystem zur Bildung der Netzwerke erarbeitet werden.	
BS	36b			Der Kanton Basel-Stadt erachtet es als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.	
BS	36b	1	a	Der aktuelle Text und die Erklärung dazu definiert das Netzwerk zur koordinierten Versorgung als eine Einrichtung, welche die Leistungen nach Art. 25–31 KVG ambulant und koordiniert erbringt. Die Formulierung ist zu prüfen, denn in der aktuellen Version führ sie zu mehreren Widersprüchen:	Leistungen nach den Artikeln 25–31 ~~ambulant und~~ koordiniert erbringt; […]

				Es wird ein Bezug zu Art. 25–31 KVG hergestellt, welche nicht nur ambulante, sondern auch stationäre Leistungen beschreiben. In diesem Sinn steht die alleinige Formulierung „ambulant" im Widerspruch zur Aufzählung der Leistungen in Art. 25 KVG. Gemäss den Erläuterungen soll das Netzwerk ein Koordinationszentrum sowie die vertraglich angeschlossenen Leistungserbringer umfassen. Dies impliziert, dass das Netzwerk auch stationäre Leistungen erbringen kann, wenn sich dem Netzwerk stationäre Gesundheitseinrichtungen anschliessen. Dies steht wiederum im Widerspruch zur Definition des Netzwerks unter Art. 36b Abs. 1 Bst. a VE-KVG.	
BS	36b	2 u. 3		Unklar ist, ob sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen dürfen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen. Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse „Einflussnahme" des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.	
BS	36b	3	g	Als eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Netzwerke zur koordinierten Versorgung ist der Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft. Dies ist sehr zu begrüssen. Auch hier bleibt die Frage nach einem Anreizsystem offen, da derzeit die ambulanten Leistungserbringer nicht verpflichtet sind, sich an eine Stammgemeinschaft anzuschliessen (doppelte Freiwilligkeit).	
BS	41	1		Die in Art. 41 Abs. 1 KVG vorgesehene Präzisierung geht unseres Erachtens nicht weit genug. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BVGE 2013/17) hat sich der Referenztarif bereits heute an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons zu orientieren. Der Kanton Basel-Stadt empfiehlt, auf Verordnungsstufe	

				festzuhalten, dass der Referenztarif auf Basis von gewichteten Fallzahlen zu bestimmen ist. Die Kantone sind bei der Ausarbeitung der Verordnungsbestimmungen einzubeziehen.	
BS	42	2	b	Die Einführung des Tiers Payant für Vergütungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Art. 52b Abs. 1 oder 2 VE-KVG vorgesehen hat erscheinen sinnvoll, da der Preis den der Versicherte für das Arzneimittel bezahlt unter Umständen nicht dem Endpreis (nach Rückererstattung) entspricht. Dies hätte Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung des Versicherten und würde unter Umständen zu administrativ aufwändigen Rückvergütungen führen.	
BS	42	3ter		Der Kanton Basel-Stadt begrüsst die Massnahme, jedoch sollten auch die Patienten die Möglichkeit erhalten, ihre Rechnungen digital zu bearbeiten, jedoch ohne Verpflichtung dazu (Rechnungserhalt auf Wunsch kostenlos in Papierform). Die Tarifpartner haben sich auf einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung zu einigen. Die Rechnungsstellung soll über ein standardisiertes Formular mittels einer Plattform erfolgen. Hier wird auf das bereits bestehende „Forum Datenaustausch" verwiesen, in welchem sich die Akteure des Gesundheitswesens bereits seit einiger Zeit zusammengeschlossen haben. Ziel hierbei ist auch eine effiziente Leistungs- und Rechnungskontrolle.	
BS	42a	2–3		Die Vorgaben für die Versichertenkarte in Artikel 42a VE-KVG sollten technologieneutral formuliert und der Verwendungszweck der Versichertenkarte an die neuen Prozessabläufe bei der elektronischen Rechnungsstellung angepasst werden.	
BS	42a	2bis	a	Gemäss Art. 42a Abs. 2bis Bst. a VE-KVG soll die Versichertenkarte auch als Identifikationsmittel für das elektronische Patien-	

				tendossier verwendet werden können. Hierfür muss die Versichertenkarte in ein eID-System eingebettet werden, welches gemäss EPDG vorab zu zertifizieren ist. Damit würde die SASIS zum ID-Provider. Für Personen, die gemäss KVG versichert sind, kann die aktuelle Versichertenkarte nur die Identifikation für die Erstellung einer zertifizierten eID vereinfachen.	
BS	48a			Unklar erscheint, ob der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen muss oder ob eine Nichteinigung bedeutet, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf. Diese Frage ist zu klären.	
BS	48a	1	b	Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.	
BS	52b			Mit vorliegender Revision soll die Möglichkeit der Schaffung von Preismodellen auf Gesetzesstufe implementiert werden. Dazu gehören insbesondere rechtlichen Grundlagen, die es dem BAG ermöglichen, bei der Preisfestsetzung Rückerstattungen auf dem Höchstpreis der Spezialitätenliste festzulegen. Dies ist zu begrüssen. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55% durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei auf Grund der SL, spezifischen Tarifverträgen oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren.	

BS	52c			Art. 52c VE-KVG als Ausnahmebestimmung steht im Zusammenhang mit der vorgesehenen Regelungen zu Preismodellen und Rückerstattungen (Art. 52b VE-KVG) und ist vor diesem Hintergrund zu begrüssen.	
BS	53	1		Die Schliessung der Gesetzeslücke wird begrüsst.	
BS	54	1		Der Kanton Basel-Stadt lehnt insbesondere eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ab. Diese ist aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten in der Praxis nicht umsetzbar. Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob anstelle von „Kostenzielen" nicht die Festlegung von „Kostenkorridoren" angemessener wäre.	[1] Der Bundesrat legt *jeweils für einen Zeitraum von vier Jahren* fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im ~~Vergleich zum Vorjahr höchstens~~ *im jährlichen Durchschnitt* ansteigen dürfen (Kostenziele):
BS		3		Neben den erwähnten Faktoren müssten unbedingt auch die Auswirkungen auf die gesundheitspolitische Versorgungslage sowohl national wie auch kantonal mitberücksichtigt werden.	[3] Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge *nach Absatz 1 und 2* berücksichtigt er namentlich: [...] *d. die Auswirkungen auf die Einkommenslage der Leistungserbringer und das Versorgungsangebot der betroffenen Leistungen.*
BS	Art 54a – 54c			Der Mechanismus in den Folgeartikeln müsste auf Konsistenz mit der obigen Anpassung geprüft werden.	
BS	54d			Der Kanton Basel-Stadt verlangt zwingend eine **„Kann-Regelung"**. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Um aufwendige Rückvergütungen und damit einhergehende Ungerechtigkeiten zu verhindern, sollen ausschliesslich Korrekturmass-	

				nahmen mit einem prospektiven Charakter möglich sein, Art. 54d der Vorlage ist diesbezüglich zu präzisieren.	
BS	64	7	b	Der Kanton Basel-Stadt begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll. Jedoch sollte man im Hinblick auf eine konsequente Gleichbehandlung der Patientinnen nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft. Auch die Motion Addor 19.3307 und die Motion Kälin 19.3070 beauftragen den Bundesrat, eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Grundlagen vorzunehmen. Der Bundesrat beantragte die Annahme beider Motionen. Vor diesem Hintergrund sind ferner die Art. 13–16 KLV anzupassen. Denn Art. 64 Abs. 7 Bst. a KVG sieht zwar vor, dass der Versicherer für Leistungen nach Art. 29 Abs. 2 (Mutterschaft) keine Kostenbeteiligung erheben darf, jedoch setzten die einschlägigen Bestimmungen der KLV für die Übernahme der Leistungen bei Mutterschaft durch die Versicherung vereinzelt das Vorliegen der 13. Schwangerschaftswoche voraus (so z.B. Art. 13 Bst. f [Keine Übernahme durch die Versicherung bei Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche = volle Kostentragung durch die Versicherte]).	[7] Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben: b. Leistungen nach den Artikeln 25, 25*a*, 27, 28 und 30, die ab ~~der 13. Schwangerschaftswoche~~ *dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft*, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden;

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48
www.fr.ch/ce

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

PAR COURRIEL

Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Courriel : Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Fribourg, le 10 novembre 2020

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »

Mesdames, Messieurs,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons à votre courrier du 19 août 2020. Le Conseil d'Etat remercie le DFI pour l'élaboration du dossier et l'invitation à prendre position concernant l'objet susmentionné.

Le Conseil d'Etat salue et soutient l'orientation globale du projet. Pour le détail, vous trouverez en annexe le formulaire de réponse établi par la Direction de la santé et des affaires sociales. Nous partageons également les observations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, que nous trouvons pertinentes.
Nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Anne-Claude Demierre, Présidente

CONSEIL D'ETAT · CANTON DE FRIBOURG

Danielle Gagnaux-Morel, Chancelière d'Etat

L'original de ce document est établi en version électronique

Annexe
—
Formulaire de réponse

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg

Abréviation de la société / de l'organisation : DSAS

Adresse : Rte des Cliniques 17, 1700 Fribourg

Personne de référence : DSAS

Téléphone : +41 26 305 29 04

Courriel : dsas@fr.ch

Date : 03.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif _____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications _____ **5**

Autres propositions _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes_____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
DSAS	Objectif de maîtrise des coûts : Une adaptation annuelle des objectifs est impraticable, notamment en raison de l'absence d'une base de données et de l'effet de retard. Les cantons devraient fixer les objectifs de chaque domaine de prestations avant même que soient publiées les données de l'année précédente, voire de l'avant-dernière année. On leur demande également de décréter les mesures correctives sans savoir précisément si les objectifs fixés ont été atteints. Sur la base de la position de la CDS, nous demandons de revoir les délais à un horizon de quatre ans (avec planification par roulement) au lieu de définir et contrôler annuellement les objectifs de coûts.
DSAS	Objectif de maîtrise des coûts : Afin d'assurer le rôle qui leur est attribué, les cantons ont besoin d'avoir un accès rapide et gratuit aux données des assureurs et des fournisseurs de prestations. Il faut définir dans la loi l'accès aux données pertinentes des assureurs et des fournisseurs de prestations. Il sera également nécessaire d'établir des critères nationaux uniformes au niveau de l'estimation de la croissance des coûts. De plus, l'application de la mesure représente une charge de travail importante pour les cantons. Dans cette optique, il est nécessaire de clarifier, notamment sur les aspects organisationnels et financiers, le projet de création éventuelle « d'instances de soutien pour les cantons ». Finalement, nous demandons que les cantons soient impliqués dans la fixation des objectifs individuels conformément à l'article 54 al 2. Grâce à leurs connaissances spécifiques concernant les évolutions propres au domaine de la santé sur leur territoire, les cantons sont en mesure de contrôler si les objectifs proposés sont susceptibles d'être atteints. C'est pourquoi il convient de préciser à l'art. 54 P-LAMal que les cantons doivent être consultés par la Confédération avant la définition d'objectifs cantonaux individuels.
DSAS	Premier point de contact : L'introduction d'un premier point de contact ne doit en aucun cas désavantager les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées ou présentant une multimorbidité.
DSAS	Tarifs de référence : La modification de la LAMal donne un cadre dans la fixation des tarifs de références. Ainsi, le tarif doit se fonder sur celui d'un traitement comparable dans un hôpital qui figure sur la liste des hôpitaux du canton de résidence. Nous sommes d'accord avec la modification proposée de la LAMal. Tout comme le DFI, nous sommes d'avis que l'introduction de la notion de « type d'hôpital », telle que demandée par la motion 18.3388 de la Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables » est trop rigide (cf. Rapport explicatif relatif à la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) du 19 août 2020, page 38). Par conséquent, nous sommes étonnés qu'une éventuelle introduction par voie d'ordonnance de cette notion « de type d'hôpital » dans la détermination des tarifs de référence soit mentionnée à la page 54 du même rapport explicatif et nous nous y opposerions le cas échéant. Compte tenu de ce qui précède, la DSAS demande une implication appropriée des cantons lorsque des précisions concernant la détermination des

	tarifs de référence seront apportées au niveau de l'ordonnance.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
DSAS	21	2		3e phrase: Une inversion des deux conditions faciliterait la lecture.	Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si *ces données ne peuvent pas être obtenues autrement et que des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après :*
DSAS	36b			Renforcer les soins coordonnés : La DSAS est d'avis que l'encouragement des réseaux et programmes de prise en charge des patient-e-s optimise la couverture de leurs besoins et favorise l'économicité des soins. Elle souligne cependant que plusieurs points liés à cette mesure doivent être précisés, notamment sur la prise en charge du travail de coordination dans le forfait tarifaire, la participation des cantons à la définition des conditions d'autorisation pour les programmes cantonaux et intercantonaux de prise en charge des patient-e-s et la fixation des tarifs en l'absence d'une convention tarifaire entre le réseau et l'assureur.	
DSAS	40a	4-5		La création et le suivi de listes de fournisseurs de prestations disposés à assurer le rôle de premier point de contact représente une charge supplémentaire de travail pour les cantons. Ainsi, il convient que cette mise à jour se fasse de façon efficiente et pragmatique.	
DSAS	40b			La DSAS s'interroge sur la compatibilité de cet article avec la possibilité pour le patient ou la patiente de demander un second avis à un médecin généraliste ou spécialiste. En appliquant strictement le projet, seul-e-s des patient-e-s dont le premier point	Al. 4: Le Conseil fédéral règle les modalités de la délégation et les autres exceptions à l'exigence d'une délégation. *Il prévoit notamment la possibilité de demander un second avis*.

				de contact les a délégués à un autre médecin pourraient obtenir un second avis remboursé par l'assurance.	
DSAS	40c			Le remboursement forfaitaire prévu pour le premier point de contact pourrait conduire à des inégalités de traitement. En effet, si les médecins perçoivent le même montant par tête indépendamment de l'état de santé de leurs patient-e-s, ce montant ne couvrira probablement pas les coûts pour les personnes âgées, les malades chroniques ou les patient-e-s présentant une multimorbidité. En conséquence, le forfait présente le risque d'une prise en charge insuffisante ou excessive selon les groupes de population concernés, ce qui doit être à tout prix évité. Il existe également un risque que les médecins écartent les mauvais risques, ou prennent plus de patient-e-s qu'ils ne peuvent réellement en recevoir en consultation. En l'état, la situation est trop incertaine pour parvenir à se prononcer.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern
+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Bundesamt für Gesundheit
Frau Anne Lévy, Direktorin
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

8-2-1 / KB/HU/MJ

Bern, 23. Oktober 2020

Stellungnahme der GDK zum Vorentwurf des EDI vom 19.8.2020 zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des EDI zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) und somit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» Stellung zu nehmen.

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 22. Oktober 2020 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

Allgemeine Bemerkungen

Die GDK begrüsst die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und kann die im Massnahmenpaket 2 vorgeschlagenen Massnahmen mehrheitlich unterstützen. Als zentrale Akteure in der Gesundheitsversorgung sind die Kantone bereit, zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen einen Beitrag zu leisten.

Wie bereits bei der Beurteilung des ersten Massnahmenpakets findet die GDK unerlässlich, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten. Während dies bei der Stärkung der koordinierten Versorgung gegeben ist, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe und der Erstberatungsstelle stark davon ab, wie sie umgesetzt werden. Die Vorlage erachten wir insbesondere in Bezug auf diese beiden Massnahmen als noch zu wenig ausgereift.

Aus diesem Grund sollte aus Sicht der GDK vor allem die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

1. Zielvorgabe

Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahme, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Die Kantone erhalten ein Instrument, im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch zu beurteilen sind allerdings der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen.

Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme:

1. **Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel.** Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele schlägt die GDK deshalb einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vor.
2. **Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten.** Da in Art. 21 E-KVG das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen. Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.
3. **Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten.** Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.
4. **Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen** sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind

Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.

5. **Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken** und innovative Kooperationsansätze (z. B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht «übergeordnet» wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Die Kantone bestehen deshalb darauf, dass – im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags – mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich die GDK ganz klar für eine **Kann-Regelung** aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54*d* der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Die GDK kann die Argumente für eine Umsetzung nach dem **Prinzip Wohnkanton der Versicherten** nachvollziehen und unterstützt die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 52 Abs. 2 E-KVG in die alleinige Kompetenz des Bundesrates fallen. Die GDK fordert einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 52 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

2. Erstberatungsstelle

Die GDK begrüsst das Ziel, durch Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss Statistik der OKP wählten im Jahr 2018 bereits gut 70 % der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich.

Die GDK weist in Bezug auf die vorgeschlagene Lösung auf folgende Vollzugsfragen hin:

- **Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden.** Diese Gefahr besteht, da der Patient und die Patientin, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.
- **Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion.** Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.
- **Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen:** Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Die GDK fordert den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.
- **Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben.** Die GDK besteht auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.
- **Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären.** Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

3. Koordinierte Versorgung stärken

Die GDK teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Sie unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits.[1] Die GDK erachtet es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen,

[1] Vgl. Impulse für die integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Mai 2019

soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme weist die GDK auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollen:

- **Koordinationsaufwand:** Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- **Zulassungsvoraussetzungen:** Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.
- **Festsetzung Tarife:** Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Weitere Massnahmen

4.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Die GDK begrüsst die vorgeschlagene Regelung.

4.2 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen

Die GDK begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

4.3 Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint der GDK als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der SL, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

4.4 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Die GDK kann die Bedenken nachvollziehen, dass unrealistisch tiefe Referenztarife, die aktuell in einigen Kantonen gelten, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wett-

bewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen und entspricht in der Zielsetzung der geltenden GDK-Empfehlung betreffend Referenztarife.[2] Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme dürfte hingegen nicht zum Tragen kommen, da es Kantone gibt, welche tiefere Referenztarife festgelegt haben als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert die GDK einen angemessenen Einbezug der Kantone.

Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden.

4.5 Elektronische Rechnungsübermittlung

Die GDK begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

5. Massnahmen in der Invalidenversicherung

Keine Anmerkungen.

6. Weitere Anpassungen

6.1 Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen

Die GDK begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll. Wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man aus Sicht der GDK nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

7. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend halten wir fest, dass die GDK das Massnahmenpaket 2 grundsätzlich unterstützt, wobei die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung liegt. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe und Erstberatungsstelle bedarf die Vorlage aber eine weitere Anpassung resp. Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident GDK

Michael Jordi
Generalsekretär

Kopie:

- Kantonale Gesundheitsdirektionen
- Eidgenössisches Departement des Innern

[2] Empfehlung der GDK zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (Version vom 14.02.2019).

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : République et Canton de Genève – Direction générale de la santé

Abréviation de la société / de l'organisation : DGS

Adresse : 8 rue Adrien-Lachenal, 1207 Genève

Personne de référence : Adrien Bron

Téléphone : 022 546 50 26

Courriel :

Date : 18 novembre 2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **4**

Autres propositions ____ **9**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **10**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
	Nous saluons la volonté du Conseil fédéral de vouloir limiter la hausse des coûts en matière de maladie, et nous soutenons le principe des nouvelles mesures proposées. Nous souhaitons toutefois soulever des points importants qui, à notre sens, devraient être pris en compte pour que le projet soit acceptable et applicable. L'introduction d'objectifs en matière de coûts et de mesures contraignantes est louable, mais semble utopique en l'absence de données fiables et disponibles rapidement sur les coûts du système.
	En ce qui concerne les réseaux de soins coordonnés, nous sommes convaincus de l'importance d'une rémunération adéquate des activités de coordination dans la prise en charge des patients, en termes de qualité des soins comme de maîtrise des coûts. Toutefois, dans le projet soumis à consultation, le rôle des cantons nécessite d'être clarifié en cas d'absence de convention tarifaire entre un réseau et les assureurs. De plus, les conditions d'autorisation pour qu'un prestataire participe à un réseau ne sont pas assez précises, ce qui pourrait provoquer des dérives en termes de facturation, sans possibilité claire d'intervenir pour le canton. Finalement, il conviendrait de prévoir la possibilité de rémunérer la coordination dans le cadre d'autres programmes validés aux échelons cantonaux, notamment en matière de prévention. Le projet d'introduire un « premier point de contact » est ambitieux, et répond à un besoin avéré dans un secteur dont les coûts sont importants et progressent chaque année, en particulier dans le canton de Genève. Etant donné la sensibilité du sujet, il est néanmoins regrettable que le rapport explicatif ne présente pas de manière plus explicite les économies potentielles réalisables, en se basant notamment sur les expériences d'autres pays. L'introduction d'une mesure aussi forte nécessite à notre sens un examen plus approfondi pour convaincre largement. Par ailleurs, certains aspects ne sont pas abordés de manière satisfaisante dans le projet, notamment la potentielle sélection des risques, le risque de pénurie de « premiers points de contact » ou encore la définition des prestations incluses dans le forfait. Finalement, nous ne sommes pas opposés à la troisième mesure principale relative à la fixation d'objectifs de maîtrise des coûts fixés par canton, mais nous estimons que la méthode envisagée pour fixer ces objectifs et mesurer leur atteinte n'est pas réaliste en raison du délai de disponibilité des données nécessaires et du manque de qualité des estimations d'évolution des coûts. Toutefois, de manière générale, nous sommes favorables à un renforcement des instruments à disposition de la Confédération et des cantons pour maîtriser les coûts et surmonter les blocages engendrés par les échecs de négociation entre partenaires tarifaires.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
	21	1		Les informations doivent aussi être transmises aux cantons, afin de leur permettre de fixer et contrôler les objectifs (Art. 54b). Sans ces éléments, il leur est difficile de se prononcer.	Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'OFSP et aux cantons les données dont ils ont besoin pour accomplir les tâches que la présente loi leur assigne.
	33			Nous comprenons que seuls les "programmes structurés" entrent en ligne de compte. Il convient d'y inclure certains projets en matière de prévention, notamment cantonaux. Il est nécessaire d'ancrer dans la loi que les cantons peuvent poursuivre leurs activités actuelles de renforcement de la prise en charge coordonnée, par des programmes cantonaux et intercantonaux. Il est aussi nécessaire de définir dans la loi / dans l'ordonnance : - Le travail de coordination qui est imputable au forfait et le mode de calcul du montant ? - S'ils doivent cofinancer les prestations fournies par le réseau, les cantons peuvent-ils participer à la définition des conditions d'autorisation ? - En cas d'absence de convention tarifaire, le canton doit-il fixer le tarif ou une non-convention signifie-t-elle que le réseau ne peut pas facturer ses prestations à l'AOS ?	
	36b			Si les "réseaux de soins coordonnés" deviennent des institutions	

				de santé au bénéfice d'une autorisation d'exploiter, il convient de souligner que ceux-ci comprendront parfois des membres qui sont déjà individuellement au bénéfice d'une telle autorisation. Le libre choix du patient doit lui laisser la possibilité de faire appel à un tel réseau de soins tout en conservant un soignant externe (médecin généraliste ou physiothérapeute par exemple). Le projet de modification en l'état actuel ne permet pas de comprendre comment la facturation sera réglée dans ce cas.	
	40a			L'incertitude sur le montant du forfait et les prestations concernées montre que le projet n'est pas pleinement abouti.	
	40a	4		Cela entraînerait une surcharge administrative importante pour les cantons, sans contrepartie utile	
	40a	6		Cet alinéa ne protège pas assez le patient contre une sélection des risques. Il faut élaborer un mécanisme pour qu'un fournisseur de prestations ne puisse pas refuser un patient, par exemple en annonçant lors de son inscription sur la liste des premiers points de contact le nombre de patient minimum qu'il est prêt à suivre.	
	40b	2		La notion d'urgence n'est pas assez précise pour éviter un contournement de l'obligation de délégation, et risque d'engendrer des dérives.	
	40c			A ce stade du projet, les prestations couvertes par le forfait devraient déjà être connues.	A préciser
	41	1		La dernière phrase est à supprimer. Le canton de Genève estime que cela pourrait entraîner le risque d'une demande de fixation de tarifs de référence différents pour chaque prestation, ce qui	La phrase "Le tarif de référence se fonde sur la rémunération applicable à un traitement comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence

				serait ingérable étant donné la tendance à la spécialisation des établissements hospitaliers. Le rapport explicatif indique que le tarif de référence cantonal devrait correspondre au tarif maximal en vigueur à l'intérieur du canton. Ce principe ne se retrouve pas explicitement dans le projet d'article.	qui fournit ce traitement de façon efficiente et avantageuse avec la qualité requise" est à supprimer.
	42a			Article à supprimer. L'extension de l'utilisation de la carte d'assuré, notamment dans le cadre du dossier électronique du patient, avait déjà été tentée à Genève, sans succès. Cela semble de plus en décalage avec les efforts demandés pour la création de moyens d'identification électronique certifiables selon la loi sur le dossier électronique du patient et avec l'incertitude sur l'entrée en vigueur de la loi sur les services d'identification électronique.	A supprimer.
	48a			L'article ne couvre pas la coordination de manière assez flexible à notre sens. Il conviendrait de l'élargir à toute forme de collaboration, y compris hors "réseau de soins coordonnés" au sens de la présente loi.	
	52b			Dans le domaine hospitalier, les cantons participent au financement des rémunérations supplémentaires des SwissDRG, dont certains médicaments particulièrement onéreux. A ce titre, les cantons doivent avoir droit à une part des remboursements éventuellement concédés par l'industrie pharmaceutique sur ces mêmes médicaments. De manière générale, il existe des moyens connus et réellement efficaces si l'on souhaite maîtriser les coûts des médicaments, tels que : - Les prescripteurs ont l'obligation de prescrire les molécules en dénominations communes internationales (DCI) de l'OMS, idéalement de manière digitalisée via un Plan de traitement	

				partagé ; - La prescription par nom commercial est interdite ; - Des exceptions doivent être prévues, en particulier pour les patients allergiques ou intolérants à des excipients ou à des molécules génériques / biosimilaires ; - Les pharmaciens ont l'obligation de délivrer la molécule, le générique ou le biosimilaire le moins cher sur le marché suisse (prix unitaire) au moment de la délivrance ; - L'achat de médicaments dans un autre pays (de l'Union Européenne par exemple) est encouragé et remboursé, sans quote-part par exemple, si le prix unitaire est moins élevé que sur le marché suisse. Il est regrettable que ce 2e volet de mesures, très ambitieux sur d'autres aspects, n'accorde pas plus d'importance à cette problématique.	
	54	2		Cet article est trop contraignant pour les cantons, dont la marge de manœuvre est nulle en dehors de la marge de tolérance prévue et qui n'ont pas de voie de recours contre les injonctions du Conseil fédéral.	A supprimer, la méthode proposée est trop contraignante. Elle fige la situation, par exemple dans les cantons actuellement sous dotés en fournisseurs de prestations.
	54b	3		Les cantons peuvent s'écarter des objectifs fixés par le Conseil fédéral mais doivent consulter tous les fournisseurs de prestations et assureurs en seulement 6 mois. Notamment en raison du droit d'être entendu (au sens du tribunal administratif fédéral), ce délai paraît trop court. Des recours sont prévisibles suite à cette procédure, notamment dans le but de bloquer l'entrée en vigueur des objectifs cantonaux (effet suspensif).	Prolonger les délais et s'assurer qu'ils sont suffisants pour que les données statistiques nécessaires soient effectivement disponibles. Donner aux cantons la possibilité d'imposer des objectifs sans forcément tenir compte des avis toujours divergents des fournisseurs de prestations et des assureurs.
	54c			Une adaptation annuelle des objectifs est impraticable en raison	Utiliser une planification roulante sur 4 ans et

				de l'effet retard et de l'absence d'une base de données fiable en temps réel.	adapter les délais en conséquence.
	54d	2		La version proposée implique vraisemblablement un droit de recours des fournisseurs de prestations, voire des assureurs, contre les baisses tarifaires décidées par le gouvernement cantonal. Cela pourrait impliquer un travail administratif et juridique disproportionné, voire un effet suspensif indésirable. Malheureusement, la version alternative (variante contraignante), qui rendrait les éventuels recours sans objet, manque de souplesse et ne permet pas d'exception dans les cas justifiés où une augmentation des dépenses strictement encadrée pourrait être justifiée.	Il faut éviter les éventuels remboursements rétroactifs, coûteux, difficiles à mettre en œuvre et souvent inéquitables. L'article doit être plus précis car le respect des objectifs en matière de coûts ne peut pas être rétroactif, mais uniquement prospectif, c'est-à-dire pour l'année suivante, même si l'objectif n'a pas pu être atteint l'année précédente.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**

REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

PROJET DE LETTRE

Projet présenté par le DSES

Contact suivi du dossier : M. Adrien Bron Tél. 022 546 50 26
Contact secrétariat : Mme Lida Broccard Tél. 022 546 18 74

Version : 1 - plce_2evolet_nmu.docx

Diffusion :

PRE	DDE	DSES	1 ex.
DF	DT	DCS	
DIP	DI	CHA	1 ex.
Autres			
Députés GC OUI / NON	Presse OUI / NON	Députés Ch. féd. OUI / NON	

visa du Conseil d'Etat

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Monsieur Alain Berset
Conseiller fédéral
Palais fédéral
3003 Berne

Concerne : projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous accusons bonne réception du projet de modification cité en référence et vous remercions de nous avoir consultés.

Nous saluons la volonté du Conseil fédéral de vouloir limiter la hausse des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins, et nous soutenons le principe des nouvelles mesures proposées. Nous souhaitons toutefois soulever des points importants qui, à notre sens, devraient être pris en compte pour que le projet soit acceptable et applicable.

En ce qui concerne les réseaux de soins coordonnés, nous sommes convaincus de l'importance d'une rémunération adéquate des activités de coordination dans la prise en charge des patients, en termes de qualité des soins comme de maîtrise des coûts. Toutefois, dans le projet soumis à consultation, le rôle des cantons nécessite d'être clarifié en cas d'absence de convention tarifaire entre un réseau et les assureurs. De plus, les conditions d'autorisation pour qu'un prestataire participe à un réseau ne sont pas assez précises, ce qui pourrait provoquer des dérives en termes de facturation, sans possibilité claire d'intervenir pour le canton. Finalement, il conviendrait de prévoir la possibilité de rémunérer la coordination dans le cadre d'autres programmes validés aux échelons cantonaux, notamment en matière de prévention.

Le projet d'introduire un « premier point de contact » est ambitieux, et répond à un besoin avéré dans un secteur dont les coûts sont importants et progressent chaque année, en particulier dans le canton de Genève. Etant donné la sensibilité du sujet, il est néanmoins regrettable que le rapport explicatif ne présente pas de manière plus explicite les économies potentielles réalisables, en se basant notamment sur les expériences d'autres pays. L'introduction d'une mesure aussi contraignante nécessite à notre sens un examen plus approfondi pour convaincre largement. Par ailleurs, certains aspects ne sont pas abordés de

manière satisfaisante dans le projet, notamment la potentielle sélection des risques, le risque de pénurie de « premiers points de contact » ou encore la définition des prestations incluses dans le forfait.

Finalement, nous ne sommes pas opposés à la troisième mesure principale relative à la fixation d'objectifs de maîtrise des coûts fixés par canton, mais nous estimons que la méthode envisagée pour fixer ces objectifs et mesurer leur atteinte n'est pas réaliste en raison du délai de disponibilité des données nécessaires et du manque de qualité des estimations d'évolution des coûts. Toutefois, de manière générale, nous sommes favorables à un renforcement des instruments à disposition de la Confédération et des cantons pour maîtriser les coûts et surmonter les blocages engendrés par les échecs de négociation entre partenaires tarifaires.

Vous trouverez notre prise de position détaillée dans le tableau ci-annexé.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous voudrez accorder à notre prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre parfaite considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière : La présidente :

Michèle Righetti Anne Emery-Torracinta

Annexe mentionnée

Copies à : tarife-grundlagen@bag.admin.ch et gever@bag.admin.ch

kanton glarus

Telefon 055 646 60 11/12/15
E-Mail: staatskanzlei@gl.ch
www.gl.ch

Regierungsrat
Rathaus
8750 Glarus

per E-Mail
- Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Glarus, 3. November 2020
Unsere Ref: 2020-1536

Vernehmlassung zur Änderung des BG über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Hochgeachteter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Departement des Innern gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

1. Allgemeine Bemerkungen

Der Kanton Glarus anerkennt das Ziel des Kostendämpfungsprogramms des Bundes und ist bereit zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen seinen Beitrag zu leisten.

Trotzdem lehnt er die beiden zentralen Massnahmen des Pakets 2 – die Zielvorgabe und die Erstberatungsstelle – ab. Mit der vorgeschlagenen Ausgestaltung der Massnahmen würden die marktwirtschaftlichen Elemente im Gesundheitswesen weiter zurückgedrängt. Wir bezweifeln dabei grundsätzlich, dass der Staat die angedachte zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktion ohne markante negative Nebenwirkungen auf Qualität, Prävention und öffentliche Gesundheit wahrnehmen kann. Insbesondere die Zielvorgabe lässt sich zudem schlichtweg nicht seriös umsetzen.

Aus Sicht des Kantons Glarus sollte vor allem die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1. Zielvorgabe

Der Kanton Glarus lehnt die vorgeschlagene Massnahme einer Zielvorgabe ab.

Einerseits befürchten wir, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde und weitere Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder

die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt werden. Andererseits ist die Massnahme unseres Erachtens weder für den Bund noch die Kantone seriös umsetzbar. Wie die Erfahrungen mit den Prämiengenehmigungsverfahren oder auch andere Prognosen zur Wirtschaftsentwicklung zeigen, sind entsprechende zuverlässige Schätzungen kaum bzw. nur mit grosser Toleranzmarge möglich. Sollen sie einigermassen fundiert begründet werden, verursachen sie zudem einen unverhältnismässigen administrativen Aufwand. Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme:

1. Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel. Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde.
2. Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten. Da in Artikel 21 E-KVG das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen.
3. Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten. Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wären viele Kantone, darunter auch der Kanton Glarus, auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.
4. Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen. Letztlich würde aber jede Zielvorgabe zu einem grossen Teil willkürlich sein.
5. Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken und innovative Kooperationsansätze (z. B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht «übergeordnet» wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Die Kantone bestehen deshalb darauf, dass – im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags – mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.
6. Die Umsetzung nach dem Prinzip Wohnkanton der Versicherten ist zwar aufgrund der Kongruenz mit der Finanzierung über Steuern und Prämien nachvollziehbar. Insbeson-

dere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Sollte der Bund entgegen unserem Antrag an der Massnahme festhalten, spricht sich der Kanton Glarus bezüglich Korrekturmassnahmen ganz klar für eine Kann-Regelung aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für den Kanton Glarus ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Artikel 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

2.2. Erstberatungsstelle

Der Kanton Glarus lehnt die vorgeschlagene Massnahme einer Erstberatungsstelle ab

Der Kanton Glarus begrüsst zwar das Ziel, durch Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss Statistik der OKP wählten im Jahr 2018 bereits gut 70 Prozent der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Der Kanton Glarus lehnt jedoch eine zwangsweise Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten ab. Vielmehr sollen die Prämien der verschiedenen Versicherungsformen die Kosten der Wahlfreiheit bzw. die Einsparungen aufgrund eines Gatekeepers transparent und vollständig wiederspiegeln und so entsprechende Anreize setzen. Gegebenenfalls ist daher der entsprechende Spielraum für die Prämiengestaltung für die einzelnen Versicherungsformen anzupassen.

Der Kanton Glarus weist in Bezug auf die vorgeschlagene Lösung zudem auf folgende Vollzugsfragen hin:

- Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden. Diese Gefahr besteht, da die Patientin und der Patient, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fach-personen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.
- Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion. Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.
- Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen: Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie

die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Der Kanton Glarus fordert den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.
- Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben. Der Kanton Glarus besteht auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.
- Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären. Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

2.3. Koordinierte Versorgung stärken

Der Kanton Glarus teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Er unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits. Der Kanton Glarus erachtet es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme weist der Kanton Glarus auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollen:
- Koordinationsaufwand: Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- Zulassungsvoraussetzungen: Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG sichert zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.
- Festsetzung Tarife: Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

2.4. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Der Kanton Glarus begrüsst die vorgeschlagene Regelung.

2.5. Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen

Der Kanton Glarus begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

2.6. Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint dem Kanton Glarus als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 Prozent durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der SL, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

Wir weisen zudem daraufhin, dass hinsichtlich Versorgungssicherheit sich schon jetzt bei zu starkem Preisdruck viele Anbieter und insbesondere auch Wirkstoffhersteller vom Schweizer Markt verabschieden, so dass Lieferengpässe an der Tagesordnung sind. Wie die vergangenen Monate als plötzlich essentielle Arzneimittel für die Behandlung von Intensivpatienten sehr knapp wurden und schliesslich nur dank aufwändiger Rationierung Schlimmeres verhindert werden konnte jedoch gezeigt haben, ist aber gerade die Anzahl der verschiedenen Wirkstoffhersteller relevant für die Versorgungssicherheit. Jeder Versorgungsengpass verursacht auch Unannehmlichkeiten für die Patienten und einen Mehraufwand und hohe Kosten für das Gesundheitswesen, wenn Ersatzlösungen, sofern es die überhaupt gibt, bereitgestellt werden müssen.

2.7. Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Der Kanton Glarus kann nachvollziehen, dass unrealistisch tiefe Referenztarife, die aktuell in einigen Kantonen gelten, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen und entspricht der geltenden Regelung im Kanton Glarus, wonach als Referenztarif «der jeweils günstigste Tarif für die betreffende Behandlung in einem Listenspital auf der Spitalliste des Kantons Glarus» gilt (Art. 27 EG KVG).

Ein entsprechender Ermessensspielraum ist den Kantonen auch bei der Umsetzung zu belassen. Insbesondere würden wir eine Umsetzung wonach der maximale (höchste) Tarif der Spitalliste des Wohnkantons vergütet werden soll – wie in der Motion SGK-NR 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» gefordert – dezidiert ablehnen. Eine solche Umsetzung widerspräche auch der angestrebten kostendämpfenden Wirkung.

2.8. Elektronische Rechnungsübermittlung

Der Kanton Glarus begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

2.9. Massnahmen in der Invalidenversicherung

Keine Anmerkungen.

2.10. Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen

Der Kanton Glarus begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG bewirken soll. Wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man aus Sicht des Kantons Glarus nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

Genehmigen Sie, hochgeachteter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat

Marianne Lienhard	Hansjörg Dürst
Landammann	Ratsschreiber

versandt am: 03. Nov. 2020

Die Regierung
des Kantons Graubünden

La Regenza
dal chantun Grischun

Il Governo
del Cantone dei Grigioni

Sitzung vom	Mitgeteilt den	Protokoll Nr.
10. November 2020	11. November 2020	916/2020

Per E-Mail zustellen an: Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen"

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie uns den Entwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) zur Vernehmlassung unterbreitet. Für die Möglichkeit zur Stellungnahme bedanken wir uns und nehmen wie folgt Stellung:

Der Kanton Graubünden begrüsst im Grundsatz die Bestrebungen des Bundes, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und damit auch die von den Versicherten zu bezahlenden Prämien zu begrenzen. Dass dieses Ziel nur durch einschneidende Massnahmen erreicht werden kann, ist uns durchaus bewusst. Somit ist es folgerichtig, dass das vorgeschlagene Massnahmenpaket einen starken Eingriff in das aktuelle Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz darstellt. Im Hinblick auf die Tragweite der vorgeschlagenen Massnahmen, ist es jedoch ausserordentlich wichtig, die Versorgungssicherheit und -qualität nicht ausser Acht zu lassen. Wir teilen die Ansicht der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), dass die Vorlage diesbezüglich, insbesondere in Bezug auf die Zielvorgabe und die Erstberatungsstelle, in der vorliegenden Fassung noch nicht

ausgereift ist. Bei der Umsetzung der Massnahme "Stärkung der koordinierten Versorgung" ist darauf zu achten, dass die bereits von den Kantonen angestossenen Entwicklungen in Richtung einer koordinierten Versorgung nicht behindert werden.

In diesem Sinn unterstützen wir die Stellungnahme der GDK vom 23. Oktober 2020, welche wir zum intergierenden Bestandteil unserer Stellungnahme erklären. Für die weiteren Anträge verweisen wir auf das beiliegende Formular.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

GRISCHUN * GRIGIONE * GRAUBÜNDEN

Namens der Regierung

Der Präsident:	Der Kanzleidirektor:
Dr. Chr. Rathgeb	Daniel Spadin

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Graubünden

Abkürzung der Firma / Organisation : GR

Adresse : Hofgraben 5, 7000 Chur

Kontaktperson : Vitus Demont

Telefon : 081 257 26 14

E-Mail : vitus.demont@bluewin.ch

Datum : 4.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
GR	Der Kanton Graubünden begrüsst im Grundsatz die Bestrebungen des Bundes, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und damit auch die von den Versicherten zu bezahlenden Prämien zu begrenzen. Dass dieses Ziel nur durch einschneidende Massnahmen erreicht werden kann, ist uns durchaus bewusst. Somit ist es folgerichtig, dass das vorgeschlagene Massnahmenpaket einen starken Eingriff in das aktuelle Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz darstellt. Im Hinblick auf die Tragweite der vorgeschlagenen Massnahmen, ist es jedoch ausserordentlich wichtig, die Versorgungssicherheit und –qualität nicht ausser Acht zu lassen. Wir teilen die Ansicht der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK), dass die Vorlage diesbezüglich, insbesondere in Bezug auf die Zielvorgabe und die Erstberatungsstelle, in der vorliegenden Fassung noch nicht ausgereift ist. Bei der Umsetzung der Massnahme "Stärkung der koordinierten Versorgung" ist darauf zu achten, dass die bereits von den Kantonen angestossenen Entwicklungen in Richtung einer koordinierten Versorgung nicht behindert werden. In diesem Sinn unterstützen wir die Stellungnahme der GDK vom 23. Oktober 2020, welche wir zum intergierenden Bestandteil unserer Stellungnahme erklären.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
GR	40a	7	a	Da die Erstberatungsstelle als zwingende erste Anlaufstelle für alle Patientinnen und Patienten vorgesehen ist, sollte der Wechsel der Erstberatungsstelle nicht zu sehr erschwert werden. Dies weil das Verhältnis zwischen Patientin oder Patient einerseits und Arzt oder Ärztin andrerseits ein hohes Vertrauensverhältnis voraussetzt.	
GR	54	2	b	Die Bestimmung hat in der aktuellen Fassung und je nach Umsetzung zur Folge, dass Kantone mit überdurchschnittlichen Kosten pro Bewohnerin und Bewohner in absoluten Zahlen über eine höhere Toleranzmarge verfügen als Kantone mit unterdurchschnittlichen Kosten. Dies führt dazu, dass die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen weiter anwachsen. Ziel sollte es aber sein, dass das Kostenwachstum schweizweit eingedämmt wird und die Kosten der verschiedenen Kantone sich mittelfristig nach unten angleichen. Es muss verhindert werden, dass Kantone mit heute unterdurchschnittlichen Kosten pro Bewohnerin und Bewohner für die Zukunft systematisch an tiefere Tarife gebunden werden. Dies würde nämlich die Gesundheitsversorgung vor allem in abgelegenen Regionen gefährden. Schon heute stellt beispielsweise der gegenüber anderen Regionen deutlich tiefere Tarmed-Taxpunktwert ein grosses Hindernis bei Praxisübernahmen dar. Der Hausarztmangel in abgelegenen Regionen würde dadurch weiter verschärft. Zudem können unterdurchschnittliche Kosten pro Bewohnerin und	eine *nach Kanton differenzierte* Toleranzmarge, um welche von den Kostenzielen nach Buchstabe a abgewichen werden kann. *Die Toleranzmarge pro Kanton ist umso höher anzusetzen, je tiefer die Kosten pro Bewohnerin und Bewohner im betreffenden Kanton sind.*

				Bewohner auch ein Hinweis auf eine im Vergleich zu anderen Kantonen bestehende Unterversorgung sein. Es muss möglich sein, dass eine solche Unterversorgung im Laufe der Zeit ausgeglichen werden kann. Die Toleranzmarge sollte deshalb pro Kanton festgesetzt werden und zwar in Abhängigkeit von den bestehenden Kosten pro Bewohnerin und Bewohner. Je tiefer diese in einem Kanton sind, desto höher sollte die entsprechende Toleranzmarge sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

vis donné par

Nom / société / organisation	: République et Canton du Jura / Service de la santé publique
Abréviation de la société / de l'organisation	: RCJU / SSA
Adresse	: Faubourg des Capucins 20, 2800 Delémont
Personne de référence	: Nicolas Pétremand, chef de Service
Téléphone	: +41 32 420 51 24
Courriel	: nicolas.petremand@jura.ch
Date	: 10 novembre 2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ 3

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ 4

Autres propositions ____ 13

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ 15

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	Le Gouvernement de la République et du Canton du Jura vous remercie de la possibilité qui lui est offerte de prendre position sur la modification de l'avant-projet du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 19 août 2020 concernant la modification de la LAMal (mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2e volet). Le Gouvernement de la République et du Canton du Jura soutient la position de la Conférence suisse des directeurs de la santé (CDS) du 23 octobre 2020 ainsi que les commentaires aux modifications du texte de loi qui vous sont transmis au moyen de ce tableau.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
Erreur ! Source du renvoi introuvable. Erreur ! Source du renvoi introuvable.Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	21			La transmission des données aux cantons de la part des assureurs et des fournisseurs de prestations doit impérativement être réglée dans la loi de la LAMal afin que les cantons puissent assumer le rôle qui leur est attribué.	Ajout d'un alinéa réglant la transmission des données nécessaires aux cantons pour qu'ils puissent assumer leur rôle.
JU	25	2	h et i		
JU	32	3			
JU	33	3bis		Les prestations qui peuvent être fournies dans le cadre de programmes structurés, placés sous la direction d'un médecin, visés à l'art. 25, al. 2, let. i et les conditions que ces programmes doivent remplir doivent être définies avec la participation consultative des cantons qui ont une connaissance propre des besoins et de la situation de leur territoire.	Le Conseil Fédéral après consultation des cantons désigne les prestations qui peuvent être fournies dans le cadre de programmes structurés et placés sous la direction d'un médecin, visés à l'art. 25, al. 2, let. i. Il fixe les conditions que ces programmes doivent remplir. Les programmes sont soumis à l'approbation du DFI.
JU	35	2	o		
JU	36b	1	a		

JU	36b	1	b		
JU	36b	2		Les conditions d'admission des réseaux de soins coordonnés devraient être établies en consultation avec les cantons afin de prendre en compte les particularités cantonales.	Intégrer la consultation des cantons dans l'art. 36b 2.
JU	36b	3	a		
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	36b	3	b		
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	36b	3	c		
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	36b	3	d		
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	36b	3	e		
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	36b	3	f		

Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	36b	3	g		
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	40a	1			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	40a	2			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	40a	3			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.JU	40a	4		Les fournisseurs de prestations pourront être libres de décider et d'assumer le rôle de premier point de contact sur base volontaire. Il pourrait alors survenir des problèmes d'équité d'accès, notamment dans les régions rurales ou encore des délais de prise en charge / de consultation médicale.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40a	5			
Erreur ! Source du renvoi	40a	6		L'assuré se doit de pouvoir choisir librement son premier point de contact parmi les fournisseurs de prestations inscrits sur une liste cantonale. Soumettre ceci à la confirmation de la part du fournisseur de	L'assuré choisit librement son premier point de contact parmi les fournisseurs de prestations inscrits sur une liste cantonale. L'assuré transmet l'attestation du prestataire

introuvable. JU				prestations pourrait induire une sélection des risques, en particulier si une contribution forfaitaire devait être retenue pour les prestations fournies.	de soins choisi à son assureur.
Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40a	7			
Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40b	1			
Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40b	2			
Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40b	3			
Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40b	4		Les modalités de la délégation et les autres exceptions à l'exigence d'une délégation devraient être convenues après consultation des cantons et des médecins cantonaux.	Adapter le texte en conséquence.
Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40c	1		Le versement aux fournisseurs de prestations d'un forfait annuel par assuré pour lequel ils assument le rôle de premier point de contact conduirait à une sélection de risques par les prestataires de soins.	Reconsidérer la modalité de rétribution des prestations fournies.

Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40c	2		idem	Reconsidérer la modalité de rétribution des prestations fournies.
Erreur ! Source du renvoi introuvable. JU	40c	3		idem	Reconsidérer la modalité de rétribution des prestations fournies.
JU	40c	4		idem	Reconsidérer la modalité de rétribution des prestations fournies.
JU	40d	1-2			
JU	41	1			
		1bis			
		1ter			
		2			
		3bis			
		4			
JU	41a	1-4		L'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part de rémunération (art. 49*a*) au maximum selon le tarif de référence jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant si le tarif est inférieur à celui de référence.	Préciser d'après commentaires.
JU	42	2			

JU	42	3ter			
JU	42a	2			
JU	42a	3			
JU	48a				
JU	52	2			
JU	52b	1			
JU	52b	2			
JU	52b	3			
JU	52c				
JU	53	1			
JU	**54**	1			
JU	54	2			
JU	54	3			
JU	54	4			
JU	54	5			
JU	**54a**	1			
JU	54a	2			

JU	54a	3			
JU	54a	4			
JU	**54b**	1			
JU	54b	2			
JU	54b	3			
JU	54b	4			
JU	**54c**	1			
JU	54c	2			
JU	54c	3			
JU	54c	4			
JU	**54d**	1			
JU	54d	2			
JU	54d	3			
JU	54d	4			
JU	54d	5			
JU	54d	6			
JU	54d (2e	1			

	variante)				
JU	54d (2e variante)	2			
JU	54d (2e variante)	3			
JU	54d (2e variante)	4			
JU	54d (2e variante)	5			
JU	54e				
JU	55				
JU	64	7, let. b et c			
JU	Dispo.trans.	1			
JU	Dispo-	2			

	trans.				
JU	Dispo-trans.	3			
JU	Dispo-trans.	4			
JU	Dispo-trans.	5		Les assureurs doivent mettre à disposition les mêmes bases statistiques aux Cantons.	Les assureurs doivent mettre à la disposition de l'OFSP et des cantons les bases statistiques servant à la mise en place des objectifs en matière de coûts visés aux art. 54 à 54e 2 ans au plus tard après l'entrée en vigueur de la modification du ....
JU	Dispo-trans.	6			
JU	Dispo-trans.	7			

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation			

de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			

Delémont, le 17 novembre 2020

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
REPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE CANTON DU JURA

Martial Courtet
Président

Gladys Winkler Docourt
Chancelière d'Etat

KANTON
LUZERN

Gesundheits- und Sozialdepartement
Bahnhofstrasse 15
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 84
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

Per E-Mail an:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Eidg. Departement des Inneren
Herr Alain Berset
Bundesrat
Inselgasse 1
3003 Bern

Luzern, 17. November 2020

Protokoll-Nr.: 1280

Krankenversicherung: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des EDI zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) und somit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» Stellung zu nehmen. Im Namen und Auftrag des Regierungsrates teilen wir Ihnen was folgt mit:

Allgemeine Bemerkungen
Die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms wird von uns begrüsst, und wir können die vorgeschlagenen Massnahmen mehrheitlich unterstützen. Bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung muss das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge behalten werden. Bei der Wirksamkeit der Massnahmen «Zielvorgabe» und «Erstberatungsstelle» dürfte dies stark davon abhängen, wie sie umgesetzt werden. Diesbezüglich erachten wir die Vorlage als noch zu wenig ausgereift. Mit der GDK sind wir deshalb der Ansicht, dass deswegen die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden sollte. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen
1. Zielvorgabe
Die Stossrichtung Massnahme ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Sie erhalten ein Instrument, um im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die

Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch beurteilen wir die Praxistauglichkeit und die Auswirkungen der Massnahme. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit der revidierten Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet den Kantonen bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen. Im Einzelnen sehen wir folgende Probleme:

- Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u.a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel. Es sollte ein mehrjähriger Betrachtungshorizont mit entsprechend rollender Planung in Betracht gezogen werden.
- Ohne gesetzlich geregelten Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer können die Kantone keine Gesamtkostenziele festlegen und deren Aufteilung in Kostenblöcke nicht vornehmen.
- Die Umsetzung der Massnahme (Erstellung von Kostenprognosen, Einbezug der Stakeholder, Festlegung der Kostenziele und Durchführung der Korrekturmassnahmen etc.) würde insbesondere ressourcenschwache Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten oder allenfalls überfordern.
- Es fehlen systematische Evaluationen über die Genauigkeit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.
- Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken (dies im Widerspruch zur Koordinationspflicht bei der Spital- und künftig auch der ambulanten Planung) und innovative Kooperationsansätze (z.B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Wir bestehen deshalb darauf, dass im Falle einer Weiterverfolgung der Massnahme mögliche Nebeneffekte, wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, z.B. von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen (Art. 54d E-KVG) sprechen wir uns klar für eine *Kann-Regelung* aus. Ein Ausgabenwachstum kann durchaus gerechtfertigt sein kann, z.B. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für uns ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d E-KVG ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Die vorgesehene Umsetzung nach dem Prinzip Wohnkanton des Versicherten ist für uns nachvollziehbar, auch wenn diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringen wird. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der

Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. Zudem bedeutet das Wohnortprinzip einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(-kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Ablehnend stehen wir einer alleinigen Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bundesrat gegenüber (Art. 52 Abs. 2 E-KVG). Der Bund hat keine Finanzierungs- und Versorgungsverantwortung. Wir fordern deshalb einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Sie verfügen über spezifische Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet und sind in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Die Kantone sind deshalb vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören.

2. Erstberatungsstelle
Im Grundsatz begrüssen wir das Ziel, durch Förderung des «Gatekeeping» Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich (vgl. Managed-Care-Vorlage). Es bestehen jedoch mögliche Fehlanreize und zahlreiche offene Vollzugsfragen:

- Es besteht die Gefahr, dass chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu von der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung dieser Menschen muss gewährleistet sein.
- Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer Risikoselektion, die verhindert werden muss.
- Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen: Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Bund muss im Falle einer Weiterverfolgung der Massnahme zuerst das Kosten-Nutzen-Verhältnis aufzeigen.
- Damit die Mehrbelastung der Kantone für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen tragbar bleibt, sind schlanke und unbürokratische Lösungen nötig.
- Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären.

3. Koordinierte Versorgung stärken
Wir teilen die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Wir unterstützen deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für ein nachhaltiges Funktionieren solcher Netzwerke erachten wir die angemessene Abgeltung des Koordinationsaufwandes.

Weiter verlangen wir, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten

Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.
Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme bestehen zahlreiche Umsetzungsfragen, die präzisiert werden müssen:

- Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- Nicht geklärt ist, ob sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen dürfen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen.
- Ebenfalls unklar ist, ob der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen muss (Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Bemerkungen zu weiteren Massnahmen

- *Preismodelle und Rückerstattungen*

Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der Spezialitätenliste für Arzneimittel, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren.

- *Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen*

Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, erscheint angemessen und entspricht in der Zielsetzung der geltenden GDK-Empfehlung betreffend Referenztarife. Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme dürfte hingegen nicht zum Tragen kommen, da es Kantone gibt, welche tiefere Referenztarife festgelegt haben als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene sind die Kantone angemessen einzubeziehen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Guido Graf
Regierungsrat

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : République et canton de Neuchâtel

Abréviation de la société / de l'organisation : NE

Adresse : Château, 2000 Neuchâtel

Personne de référence : Christophe Guye, service de la santé publique, chef de service adjoint

Téléphone : 032889.52.02

Courriel : christophe.guye@ne.ch

Date : 05.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **4**

Autres propositions ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
NE	Le Conseil d'État salue la volonté de la Confédération, de venir avec de nouvelles propositions sur le plan législatif, dans la LAMal, pour freiner la hausse les coûts et des primes de l'AOS donnant des moyens d'action plus importants à l'ensemble des acteurs, dont notamment les cantons. Il soutient, pour l'essentiel, les mesures proposées à cette fin dans ce deuxième paquet législatif et l'option d'en faire un contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » qui exige que la Confédération et les cantons prennent des mesures lorsque le coût des soins augmente trop fortement par rapport à l'évolution des salaires. Il considère en effet que le cadre constitutionnel actuel donne déjà à la Confédération la compétence de renforcer l'arsenal des mesures devant permettre de freiner la hausse des coûts et des primes. Il souligne que le législateur fédéral faisait déjà de la maîtrise des coûts un des objectifs prioritaires de la LAMal adoptée en 1994 et avait prévu des outils en ce sens, qui ont été complétés avec le temps. Il convient dès lors d'aller encore plus loin et en particulier de renforcer le rôle de régulation des cantons par trop affaibli au gré des révisions successives de la LAMal. Le Conseil d'État est pour le moins surpris de lire dans le rapport à l'appui du projet que celui-ci n'aura que des conséquences indirectes pour les cantons. Ce alors que ceux-ci seront appelés à jouer un rôle majeur dans la mise en œuvre de plusieurs mesures phare du rapport, appelant le recours à des ressources nouvelles potentiellement non négligeables.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
NE	21			La transmission des données aux cantons de la part des assureurs et des fournisseurs de prestations est indispensable doit être prévu à l'art. 21 si l'on veut que les premiers puissent exercer les compétences qui leurs sont attribuées dans le cadre du projet.	Ajout d'un alinéa à l'art. 21 prévoyant la transmission aux cantons aux données nécessaires pour qu'ils puissent exercer leurs compétences
NE	25	2	h et i	Le canton de Neuchâtel salue le fait que des prestations fournies dans le cadre de programmes structurés placés sous la direction d'un médecin puissent également être effectuées par des fournisseurs de prestations non-médecins. Pour permettre la collaboration interprofessionnelle, il est essentiel que la participation des pharmaciennes et pharmaciens aux programmes cantonaux de dépistage du cancer du côlon soit rendue possible et que les prestations qu'ils fournissent dans le cadre de ces programmes puissent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Le programme organisé de dépistage du cancer du côlon commun aux cantons de Neuchâtel et du Jura, géré par l'Association pour le dépistage du cancer BEJUNE, permet déjà, dans certaines conditions, aux pharmacien-ne-de réaliser des prestations d'entretiens d'inclusion, qui sont aujourd'hui prises en charge par les cantons concernés. Il ne se justifie dans le contexte pas de traiter différemment les fournisseurs de prestations appelés à fournir de même prestations dans le cadre de tels programmes NE propose de remplacer l'énoncé de l'alinéa i) « programmes structurés placés sous la direction d'un médecin » par « programmes organisés sur le plan cantonal ou intercantonal	

				placés sous la surveillance d'un médecin ». En effet, plusieurs programmes de dépistage du cancer du côlon , dont celui Jura-Neuchâtel, sont dirigés par des non-médecins (responsables administratifs), mais placés sous la surveillance d'un médecin	
NE	40a	4		Les fournisseurs de prestations seront, selon le projet, libres de décider d'assumer ou non le rôle de premier point de contact (base volontaire). Il pourrait en résulter des problèmes d'équité d'accès aux fournisseurs de prestations si ceux-ci décident de ne pas assumer un tel rôle, notamment dans les régions périphériques où la densité médicale est moindre et où la demande est forte, ou encore des délais de prise en charge / de consultation médicale	
NE	40a	6		L'assuré doit, selon le projet, pouvoir choisir librement son premier point de contact parmi les fournisseurs de prestations inscrits sur une liste cantonale. Le fait de subordonner ce choix à une confirmation postérieure de la part du fournisseur de prestations pourrait induire une sélection des risques, susceptibles d'affecter notamment les patient-e-s polymorbides ou chroniques, en particulier si une rémunération forfaitaire devait être retenue pour les prestations fournies.	L'assuré choisit librement son premier point de contact parmi les fournisseurs de prestations inscrits sur une liste cantonale. L'assuré transmet l'attestation du prestataire de soins choisi à son assureur.
NE	Dispo-trans.	3		Les assureurs doivent mettre à disposition les mêmes bases statistiques aux cantons qu'à l'OFSP pour leur permettre d'exercer leurs compétences en termes de fixation d'objectifs en matière de coûts	Les assureurs doivent mettre à la disposition de l'OFSP et des cantons les bases statistiques servant à la mise en place des objectifs en matière de coûts visés aux art. 54 à 54*e* 2 ans au plus tard après l'entrée en vigueur de la modification du ....

Envoi par courrier électronique

Département fédéral de l'intérieur
Palais fédéral
3003 Berne

Procédure de consultation relative à la modification de la LAMal (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »

Monsieur le conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous consulter et de nous offrir la possibilité de vous faire part de notre avis dans le cadre de la procédure citée en titre.

En préambule, il convient de relever que le Canton de Neuchâtel fait partie des cantons dont les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et les primes versées par les assuré-e-s à cette assurance sont élevées. Le montant des aides octroyées pour la réduction des primes aux assuré-e-s de condition économique modeste y est aussi très important, grevant lourdement les finances cantonales.

Le Canton de Neuchâtel ne manque pas depuis de longues années déjà d'agir face à cette problématique et a déjà pris de nombreuses mesures à son niveau, dans les domaines de sa compétence, pour tenter d'y remédier, avec quelques effets positifs à la clé. Il doit toutefois constater que le cadre légal actuel n'est pas suffisant pour véritablement freiner la hausse des coûts en général, mais plus particulièrement dans le domaine ambulatoire.

Dans ce contexte, le Conseil d'État ne peut que saluer la volonté de la Confédération, concrétisée dans le projet mis en consultation, de venir avec de nouvelles propositions sur le plan législatif pour freiner la hausse les coûts et des primes de l'AOS donnant des moyens d'action plus importants à l'ensemble des acteurs, dont notamment les cantons. Il soutient, pour l'essentiel, les mesures proposées à cette fin dans ce deuxième paquet législatif et l'option prise d'en faire un contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » qui exige que la Confédération et les cantons prennent des mesures lorsque le coût des soins augmente trop fortement par rapport à l'évolution des salaires.

Il considère en effet que le cadre constitutionnel actuel donne déjà à la Confédération la compétence de renforcer l'arsenal des mesures susceptibles de freiner la hausse des coûts et des primes. Il souligne que le législateur fédéral faisait déjà de la maîtrise des coûts un des objectifs prioritaires de la LAMal adoptée en 1994 et avait prévu des outils en ce sens, qui ont été complétés avec le temps. Sans toutefois atteindre l'objectif visé en raison notamment de l'affaiblissement des compétences de pilotage des cantons. Il convient dès lors d'aller encore plus loin et de renforcer le rôle des cantons.

De manière générale, le Conseil d'État renvoie et se rallie à la prise de position de la CDS du 23 octobre 2020 sur le projet soumis en consultation. Nous y adjoignons quelques commentaires sur les principales mesures ayant des implications pour les cantons.

Objectif de maîtrise des coûts

Le Conseil d'État salue les moyens qui sont donnés aux cantons par la mesure proposée de réguler un système de santé régi pour l'heure pour l'essentiel par la loi de l'offre et de la demande et sans réelle contrainte budgétaire pour agir sur la hausse régulière des coûts.

Il n'en demeure pas moins que l'approche par le haut retenue et la mise en œuvre pratique de cette mesure ne sont pas sans appeler plusieurs questions que le projet soumis laisse ouvertes, comme la transmission aux cantons des données pertinentes des assureurs et des fournisseurs, élément pourtant essentiel à l'exercice de la nouvelle compétence qui leur est donnée par le projet. Sa concrétisation suscite aussi à ce stade des inquiétudes quant aux implications pour le canton, notamment en termes de charges administrative et financière, mais aussi de conséquences sur les soins si une telle mesure est mal maîtrisée.

Premier point de contact

Le Conseil d'État considère que l'introduction du premier point contact est une mesure potentiellement utile et intéressante pour freiner la hausse des coûts dans le cadre notamment de la prise en charge des assuré-e-s que sont notamment les patient-e-s polymorbides et chroniques, dans la mesure où elle s'inscrit en complément à d'autres mesures dont la mise en œuvre est en cours dans le canton. Nous pensons notamment à l'ouverture du dossier électronique du patient et de modules complémentaires en matière de plan de soins partagés et médication partagées. Ensemble, elles doivent en effet permettre d'éviter des prestations inutiles et coûteuses à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Il convient de relever que la plupart des assureurs-maladie offrent aujourd'hui des modèles particuliers d'assurance qui restreignent la liberté de choix des assuré-e-s, notamment en les obligeant à passer par un « gatekeeper » (médecin, pharmacien, centrale téléphonique médicale). Comme le relève la CDS, près de 70% des assuré-e-s en Suisse ont recours à un tel modèle, notamment parce qu'il leur permet de bénéficier de primes plus basses. La question se pose à cet égard d'ailleurs de savoir si ce sera toujours le cas par la suite si un tel modèle devait se généraliser à l'ensemble des assuré-e-s.

La solution proposée pose toutefois une série de problèmes de mise en œuvre, de risques qu'a bien mis en exergue la CDS, notamment un risque de sélection des risques à l'encontre des patient-e-s mentionné-e-s plus haut en cas d'introduction en parallèle d'une rémunération forfaitaire pour couvrir les prestations fournies. Avec comme conséquence de pouvoir conduire à un résultat inverse au but poursuivi.

Il faut par ailleurs tenir compte du fait que ces mêmes patient-e-s sont souvent les plus réfractaires à limiter leur liberté de choix et qu'ils verront certainement d'un mauvais œil le fait d'avoir à choisir un premier point de contact, alors qu'ils en ont aujourd'hui souvent plusieurs.

La limitation de la liberté de choix des patient-e-s est également une mesure peu populaire chez les professionnel-le-s de la santé, notamment les médecins. Au regard de l'expérience passée, mais aussi des premières réactions qui se sont faites lors de l'annonce du projet mis en consultation, il s'agit bien d'évaluer le risque, sur le plan politique, de proposer des mesures aussi sensibles et susceptibles d'affecter le succès de l'ensemble du paquet législatif, si ce n'est devant le parlement, alors devant le peuple si ce projet devait être porté devant lui dans le cadre d'un référendum.

Pour le surplus, il s'agira de veiller à ce que la concrétisation de cette mesure n'engendre pas un travail administratif trop important pour les cantons, ni de décourager les fournisseurs de prestations intéressés à figurer sur la liste cantonale.

Renforcement des soins coordonnées

Le Conseil d'État salue la volonté de la Confédération de renforcer les soins coordonnés dans son projet. Tout comme cela est le cas pour la précédente mesure, il est en particulier nécessaire de coordonner les soins apportés aux patient-e-s polymorbides ou atteints de maladies chroniques.

Le canton de Neuchâtel entend pour sa part mettre en œuvre tout prochainement un projet de soins coordonnés pour les patient-e-s diabétiques dans le cadre de la mise en œuvre du dossier électronique du patient (DEP), projet qui s'inscrit dans une démarche partenariale entre le canton et les principaux prestataires de soins du canton.

Il convient de souligner que les cantons jouent souvent un rôle essentiel, comme garants de la couverture des besoins en soins de la population, dans la mise en place de projets de soins coordonnés. De tels projets impliquent en effet un important travail de mise en réseau, de conviction, de coordination, d'accompagnement et de suivi, ainsi que parfois la mise à disposition de moyens financiers, que les fournisseurs de prestations sont rarement en mesure ou prêts à consentir, aussi bien pour des questions de temps que de moyens. Ce sont très souvent les cantons qui mettent à disposition les ressources nécessaires pour ce faire.

À cet égard, le rapport à l'appui du projet, quand il prévoit que la mise en place de réseaux de soins coordonnés incombe aux fournisseurs de prestations, « le cas échéant avec le soutien organisationnel des cantons, des communes ou des assureurs » nous paraît méconnaître la réalité du terrain. L'expérience montre en effet que sans l'intervention des cantons, rares sont les véritables projets de réseaux de soins à se concrétiser ou, en tous les cas, à se pérenniser. Concernant le possible soutien des assureurs-maladie dans la mise en place de tels réseaux, il convient d'être attentif au risque de sélection des risques qui peut en résulter.

Conséquences du projet pour les cantons

Le Conseil d'État est pour le moins surpris de lire dans le rapport à l'appui du projet que celui-ci n'aura que des conséquences indirectes pour les cantons. Ce alors que ceux-ci seront appelés à jouer, comme cela a été mis en évidence ci-dessus ainsi que dans l'avis de la CDS, un rôle majeur, direct dans la mise en œuvre de plusieurs mesures phare du rapport, appelant le recours à des ressources nouvelles potentiellement non négligeables.

Il est prévu qu'une analyse d'impact soit effectuée par le SECO sur les conséquences, notamment financières de ce projet qui permettra d'y voir plus clair. Il s'agira d'en tenir compte le moment venu dans la suite des travaux.

Nous relevons à cet égard que la LAMal, initialement conçue pour régler des questions relatives à la couverture des soins pour les assuré-e-s, multiplie progressivement les

dispositions relatives à l'organisation du système sanitaire, prérogative pourtant réservée en principe aux cantons. Outre qu'elle est contestable sur le fond, cette évolution justifie que le financement des tâches d'exécution imposées aux cantons soit aussi réglé.

Nous vous remercions de l'attention portée à la présente ainsi qu'au formulaire annexé et vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Neuchâtel, le 18 novembre 2020

Au nom du Conseil d'État :

La présidente, M. MAIRE-HEFTI

La chancelière, S. DESPLAND

Annexe : ment.

KANTON NIDWALDEN
LANDAMMANN UND REGIERUNGSRAT
Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans
Telefon 041 618 79 02, www.nw.ch

CH-6371 Stans, Dorfplatz 2, Postfach 1246, STK

PER E-MAIL
Eidgenössisches Departement des Innern
Herr Bundesrat Alain Berset
Generalsekretariat GS-EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Telefon 041 618 79 02
staatskanzlei@nw.ch
Stans, 10. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)". Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 19. August 2020 unterbreiteten Sie uns den Entwurf zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"mit der Bitte, bis zum 19. November 2020 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir bedanken uns für diese Möglichkeit und vernehmen uns wie folgt.

1 Allgemeine Bemerkungen

Wir begrüssen die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und unterstützen mehrheitlich die im Massnahmenpaket 2 vorgeschlagenen Massnahmen. Als zentrale Akteure in der Gesundheitsversorgung sind die Kantone bereit, zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen einen Beitrag zu leisten.

Wie bereits bei der Beurteilung des ersten Massnahmenpakets finden wir es unerlässlich, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten. Während dies bei der Stärkung der koordinierten Versorgung gegeben ist, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe und der Erstberatungsstelle stark davon ab, wie sie umgesetzt werden. Die Vorlage erachten wir insbesondere in Bezug auf diese beiden Massnahmen als noch zu wenig ausgereift.

Bei den Massnahmen ist stets zu berücksichtigen, dass die Umsetzung für die Kantone nicht zu einem enormen Aufwand führen darf und dass dieser gegenüber den Einsparungen in einem vertretbaren Mass sein muss.

Aus diesem Grund sollten aus unserer Sicht vor allem die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

2 Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1 Zielvorgabe

Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahme, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Diese erhalten ein Instrument, im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch zu beurteilen sind allerdings der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen.

Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme:

1. **Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel.** Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele schlagen wir deshalb einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vor.
2. **Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten.** Da in Art. 21 E-KVG das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen. Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.
3. **Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten.** Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.

4. **Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen** sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.
5. **Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken** und innovative Kooperationsansätze (z. B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht «übergeordnet» wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Die Kantone bestehen deshalb darauf, dass – im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags – mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen sprechen wir uns ganz klar für eine **Kann-Regelung** aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Wir können die Argumente für eine Umsetzung nach dem **Prinzip Wohnkanton der Versicherten** nachvollziehen und unterstützen die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich können **kleinere Kantone** mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 52 Abs. 2 E-KVG in die alleinige Kompetenz des Bundesrates fallen. Wir fordern einen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 52 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

3 Erstberatungsstelle

Wir begrüssen das Ziel, durch Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss Statistik der OKP wählten im Jahr 2018 bereits gut 70 % der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch mehr als **fraglich**.

Wir weisen in Bezug auf die vorgeschlagene Lösung auf folgende Vollzugsfragen hin:

- Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden. Diese Gefahr besteht, da die Patientin und der Patient, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärztinnen und Ärzten abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.
- Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion. Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.
- Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen: Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Die GDK fordert den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.
- Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben. Wir bestehen auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.
- Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären. Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

4 Koordinierte Versorgung stärken

Wir teilen die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Wir unterstützen deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das

langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits. Wir erachten es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme weisen wir auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollen:

- **Koordinationsaufwand:** Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- **Zulassungsvoraussetzungen:** Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.
- **Festsetzung Tarife:** Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert) oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

5 Weitere Massnahmen

5.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG

Wir begrüssen die vorgeschlagene Regelung.

5.2 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mittel und Gegenständen

Wir begrüssen die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

5.3 Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint uns als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub

entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der SL, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

5.4 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Die GDK kann die Bedenken nachvollziehen, dass unrealistisch tiefe Referenztarife, die aktuell in einigen Kantonen gelten, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen und entspricht in der Zielsetzung der geltenden GDK-Empfehlung betreffend Referenztarife. Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme dürfte hingegen nicht zum Tragen kommen, da es Kantone gibt, welche tiefere Referenztarife festgelegt haben als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordern wir einen angemessenen Einbezug der Kantone.

Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden.

5.5 Elektronische Rechnungsübermittlung

Wir begrüssen die Massnahme und haben keine Anmerkungen dazu.

6 Massnahmen in der Invalidenversicherung

Keine Anmerkungen

7 Weitere Anpassungen

7.1 Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen

Wir begrüssen die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll. Wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man aus unserer Sicht nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

8 Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend halten wir fest, dass wir das Massnahmenpaket 2 im Grundsatz unterstützen, wobei die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung liegt. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe und Erstberatungsstelle bedarf die Vorlage aber einer teilweise erheblichen Anpassung resp. Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft.

Besten Dank für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse
NAMENS DES REGIERUNGSRATES

Dr. Othmar Filliger
Landammann

REGIERUNGSRAT · KANTON NIDWALDEN ·

lic. iur. Armin Eberli
Landschreiber

Geht an:
- Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Kanton
Obwalden

Regierungsrat

CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

A-Post
Eidgenössisches
Department des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarifen und Grundlagen

per Mail:
Tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Sarnen, 17. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlags zur eidgenössischen Volksinitiative „Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf des indirekten Gegenvorschlags zur eidgenössischen Kostenbremse-Initiative Stellung zu nehmen. Die folgenden Änderungsvorschläge haben wir in Absprache mit dem Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) formuliert.

1. Zielvorgabe

Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahme, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Die Kantone erhalten ein Instrument, im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch zu beurteilen sind allerdings der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regu-

Regierungsrat
c/o Staatskanzlei STK
Postadresse: Postfach 1562, 6061 Sarnen
Tel. 041 666 62 03
staatskanzlei@ow.ch
www.ow.ch

lierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen.

Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme, wobei uns als ressourcenschwacher Kanton insbesondere die Umsetzung der Massnahme über Gebühr belasten würde (siehe 1.3 Punkt):

1.1. Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel. Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahrs, allenfalls sogar des Vorvorjahrs überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele schlägt der Regierungsrat deshalb einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vor.

1.2. Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten. Da in Art. 21 E-KVG das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen. Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.

1.3 Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten. Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wäre der Kanton Obwalden und weitere Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden „unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone", insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.

1.4 Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.

1.5 Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von „Silos der Leistungserbringergruppen" und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken und innovative Kooperationsansätze (z. B. „ambulant vor stationär") eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht „übergeordnet" wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Die Kantone bestehen deshalb darauf, dass – im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags – mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Regierungsrat ganz klar für eine Kann-Regelung aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Der Regierungsrat kann die Argumente für eine Umsetzung nach dem Prinzip Wohnkanton der Versicherten nachvollziehen und unterstützt die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone wie Obwalden mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(-kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 52 Abs. 2 E-KVG in die alleinige Kompetenz des Bundesrats fallen. Die GDK fordert einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 52 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

2. Erstberatungsstelle

Der Regierungsrat begrüsst das Ziel, durch Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss Statistik der OKP wählten im Jahr 2018 bereits gut 70 Prozent der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich.

Der Regierungsrat weist in Bezug auf die vorgeschlagene Lösung auf folgende Vollzugsfragen hin:

- Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden. Diese Gefahr besteht, da der Patient und die Patientin, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.
- Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion. Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den

entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.
- Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen: Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Die GDK fordert den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.
- Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben. Der Regierungsrat besteht auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.
- Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären. Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

3. Koordinierte Versorgung stärken

Der Regierungsrat teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Sie unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits. Der Regierungsrat erachtet es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme weist der Regierungsrat auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollen:

- Koordinationsaufwand: Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- Zulassungsvoraussetzungen: Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse „Einflussnahme" des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.
- Festsetzung Tarife: Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder

heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Weitere Massnahmen

4.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG
Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Regelung.

4.2 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen
Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

4.3 Preismodelle und Rückerstattungen
Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint dem Regierungsrat als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 Prozent durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der SL, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

4.4 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen
Der Regierungsrat kann die Bedenken nachvollziehen, dass unrealistisch tiefe Referenztarife, die aktuell in einigen Kantonen gelten, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen und entspricht in der Zielsetzung der geltenden GDK-Empfehlung betreffend Referenztarife. Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme dürfte hingegen nicht zum Tragen kommen, da es Kantone gibt, welche tiefere Referenztarife festgelegt haben als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert der Regierungsrat einen angemessenen Einbezug der Kantone. Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden.

4.5 Elektronische Rechnungsübermittlung
Der Regierungsrat begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

5. Massnahmen in der Invalidenversicherung

Keine Anmerkungen.

6. Weitere Anpassungen

6.1 Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen
Der Regierungsrat begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll. Wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man aus Sicht der GDK nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

7. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend halten wir fest, dass der Regierungsrat das Massnahmenpaket 2 grundsätzlich unterstützt, wobei die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung liegt. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe und Erstberatungsstelle bedarf die Vorlage aber eine weitere Anpassung resp. Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft. Das Erstellen von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen, wären für den Kanton Obwalden in Eigenregie nicht machbar und es würden dadurch grosse Investitionen ausgelöst.

Wir danken Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, für die Möglichkeit einer Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Christian Schäli
Landammann

Nicole Frunz Wallimann
Landschreiberin

Regierung des Kantons St.Gallen

Regierung des Kantons St.Gallen, Regierungsgebäude, 9001 St.Gallen

Eidgenössisches Departement des Innern
Inselgasse 1
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen
Regierungsgebäude
9001 St.Gallen
T +41 58 229 32 60
F +41 58 229 38 96

St.Gallen, 13. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2); Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 19. August 2020 laden Sie uns ein, zur Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2) Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

Die Notwendigkeit von Massnahmen zur Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist unumstritten. Der Kanton St.Gallen ist grundsätzlich bereit, einen Beitrag zur Umsetzung solcher Massnahmen zu leisten. Die vorgeschlagenen Regelungen zu den Erstberatungsstellen und zu den Zielvorgaben zur Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) können wir in der vorliegenden Form jedoch nicht unterstützen. Sie sind zu wenig ausgereift und der Aspekt der Gesamtsicht auf das Gesundheitswesen wird nicht genügend berücksichtigt. Unerwünschte Nebeneffekte wie eine Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen, eine verminderte Behandlungsqualität oder blosse Kostenverschiebungen – allenfalls sogar von einem ausgeschöpften günstigen Kostenblock zu einem teureren Kostenblock – müssen vermieden werden. Die Festlegung von Zielvorgaben und allfälligen Korrekturmassnahmen durch die Kantone dürfte in der Praxis selbst mit erheblichem Aufwand kaum zufriedenstellend zu bewerkstelligen sein. Aktuelle Datengrundlagen fehlen und es bestehen Verzögerungseffekte – auch bei der Festsetzung von Tarifen in mitunter mehrjährigen Verfahren. Wird an Zielvorgaben festgehalten, müssten die Kantone vor deren Festlegung durch den Bundesrat angehört werden.

Bei der vorgeschlagenen Erstberatungsstelle stellen sich verschiedene Vollzugsfragen. Insbesondere müsste für die Prüfung der Zulassung von Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und Aktualisierung der Listen eine schlanke und unbürokratische Lösung getroffen werden, damit der Mehraufwand für die Kantone tragbar bleibt. Auch ist der Nutzen einer behandlungsunabhängigen Jahrespauschale fraglich – zumal damit die Gefahr einer Risikoselektion besteht.

Den Wunsch nach einer Präzisierung der Regeln für die Festlegung der Referenztarife für stationäre Behandlungen in einem ausserkantonalen Spital können wir nachvollziehen. Welcher Tarif für vergleichbare Behandlungen als Referenztarif in Frage kommt, soll durch den Bundesrat auf dem Verordnungsweg geregelt werden. Forderungen nach der Festlegung des für vergleichbare Behandlungen höchsten Tarifs der Spitalliste des Wohnkantons als Referenztarif lehnen wir klar ab. Unterstützt werden kann hingegen die Festlegung eines mit den Patientenströmen gewichteten Referenztarifs, wie er von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfohlen wird und im Kanton St.Gallen bereits heute zur Anwendung kommt. Bei der Präzisierung auf Verordnungsebene hat ein angemessener Einbezug der Kantone zu erfolgen.

Die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen zur Förderungen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und Programmen der Patientenversorgung wird begrüsst und sollte prioritär weiterverfolgt werden. Auch die vorgeschlagene differenzierte WZW-Prüfung, die elektronische Rechnungsübermittlung und die Präzisierung zur Kostenbeteiligung bei Mutterschaft unterstützen wir.

Bei den Preismodellen und Rückerstattungen wird ausser Acht gelassen, dass im stationären Spitalbereich innovative und teure Arzneimittel häufig in Form von Zusatzentgelten zum mindestens 55 Prozent durch die Kantone finanziert werden. Von Preismodellen mit Rückerstattungen für diese Zusatzentgelte müssen deshalb auch die Kantone profitieren.

Im Übrigen unterstützen wir die Stellungnahme der GDK. Dies gilt insbesondere auch für die Frage der Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft: Es sollten nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausgenommen werden, sondern alle Leistungen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen.

Im Namen der Regierung

KANTON ST. GALLEN · REGIERUNG ·

Bruno Damann
Präsident

Dr. Benedikt van Spyk
Staatssekretär

Zustellung auch per E-Mail (pdf- und Word-Version) an:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Schaffhausen

Abkürzung der Firma / Organisation : SH

Adresse : Beckenstube 7, 8200 Schaffhausen

Kontaktperson : Christoph Aeschbacher

Telefon : 052 632 71 11

E-Mail : staatskanzlei@ktsh.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 7

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SH	Sehr geehrte Damen und Herren Mit Schreiben vom 19. August 2020 wurden die Kantone zu einer Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» eingeladen. Wir bedanken uns für diese Möglichkeit und nehmen gerne wie folgt Stellung: Wir begrüssen die Stossrichtung des Kostendämpfungspakets und unterstützen die vorgeschlagenen Massnahmen grösstenteils. Insbesondere die Weiterentwicklung einer koordinierten, interprofessionellen Gesundheitsversorgung beurteilen wir als positives Element des Massnahmenpakets 2. In Übereinstimmung mit der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 23. Oktober 2020 finden wir unerlässlich, dass bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung die Versorgungssicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleistet bleiben. Bei der Stärkung der koordinierten Versorgung und – je nach konkreter Ausgestaltung – bei der Erstberatungsstelle kann diese Vorgabe erfüllt werden. In Bezug auf die Zielvorgabe haben wir allerdings gewisse Bedenken an deren Durchführbarkeit. Diesbezüglich erachten wir die Vorlage als noch zu wenig ausgereift. Des Weiteren teilen wir die Ansicht der GDK, wonach vor allem die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» weitergeführt werden soll. Sie könnte die Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten verbessern und zugleich einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Im Einzelnen haben wir zu den Massnahmenvorschlägen folgende Anmerkungen: **1. Zielvorgabe** Die Absicht, ein Kostenziel festzulegen, ist grundsätzlich zu begrüssen, ebenso die Absicht, für die Kantone eine Toleranzmarge zu definieren, innerhalb derer sie wiederum ihr Kostenziel festlegen können. Den Kantonen verbleibt mit dem vorgeschlagenen Modell einer Zielvorgabe und der Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung wahrzunehmen. Dennoch äussern wir aus folgenden Gründen Bedenken in Bezug auf die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Regelung:

	• Die Umsetzung der Massnahme (z.B. bereits die Festlegung eines Kostenziels innerhalb einer Toleranzmarge und für jeden einzelnen Kostenblock) würde für den Kanton Schaffhausen voraussichtlich einen massiven administrativen Mehraufwand bedeuten. • Die jährliche kantonale Festlegung des Kostenziels pro Leistungsbereich für das Folgejahr müsste erfolgen, bevor die Kosten des Vorjahres (und möglicherweise sogar des Vorvorjahres) überhaupt bekannt wären. Das heisst, es ist weder möglich, eine Wachstumsrate gegenüber dem Vorjahr zu definieren, noch innert nützlicher Frist zu überprüfen, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde oder nicht, und entsprechend Korrekturmassnahmen zu ergreifen. • Zuverlässige Kostenprognosen sind kaum verfügbar. Schon heute sieht man bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen. • Der Zugang der Kantone zu den relevanten Kostendaten der Versicherer und Leistungserbringer ist nicht sichergestellt. • Im Bestreben nach der Einhaltung der Kostenziele werden andere, wichtige Aspekte der Gesundheitsversorgung wie Versorgungssicherheit und Qualität vernachlässigt. • Als Korrekturmassnahmen, wenn die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den vom Kanton festgelegenen Kostenzielen liegen, sind Tarifanpassungen durch die Tarifpartner und, wenn diese sich nicht einigen können, Festsetzungsverfahren durch die Kantone vorgesehen. Die Erfahrung zeigt, dass solche Tarifverhandlungen und anschliessende Festsetzungen oftmals zu rechtlichen Streitigkeiten führen und sich diese Verfahren über mehrere Jahre hinwegziehen. • Erfahrungsgemäss führen Korrekturmassnahmen über Tarife (Preise) im Gesundheitswesen zu Mengenausweitungen, womit ein allfälliger Kostendämpfungseffekt wieder rückgängig gemacht werden könnte. Bei dieser Ausgangslage regen wir an, dass Korrekturen über Mengen statt über Preise geprüft werden, beispielsweise über stationäre Leistungsaufträge, Zulassungsbeschränkungen im ambulanten Bereich, Begrenzungen der Anzahl Taxpunkte oder der Wahloperationen in Listenspitälern des Kantons. Selbstverständlich sind auch hierbei die Versorgungssicherheit und die Qualität an erste Stelle zu setzen. Die Grundversorgung und Notfälle wären von Mengenbegrenzungen ausgenommen. **2. Erstberatungsstelle** Das "Gatekeeping" trägt dazu bei, Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen zu vermeiden. Mehrere Studien haben gezeigt, dass Managed-Care-Modelle, bei denen ein Grundversorger oder eine Grundversorgerin den gesamten Behandlungspfad begleitet und steuert, erfolgreich darin sind, Überversorgung zu vermeiden und gleichzeitig die Qualität zu verbessern. Um Risikoselektion zu verhindern, könnte eine risikobasierte Pro-Kopf-Vergütung erfolgen. Die Vergütungen müssten auch einen Anteil für die Finanzierung von Koordinationsaufgaben und Qualitätsmassnahmen

	umfassen. Ein solches Vergütungsmodell wird in HMO-Gruppenpraxen bereits seit den 1990er Jahren erfolgreich praktiziert. Zudem schlagen wir vor, dass der Einbezug von nicht-ärztlichen Grundversorgern wie z.B. Apotheken, speziell geschulten Pflegenden oder Physiotherapeuten/-innen als Erstberatungsstellen, geprüft wird. **3. Koordinierte Versorgung** Wir befürworten die Förderung multiprofessioneller Netzwerke, die als Leistungserbringende auftreten und als solche mit den Kostenträgern abrechnen. Solche Netzwerke könnten auch Disease-Management-Programme unter Einbezug von nichtärztlichen Leistungserbringenden sowie Präventions- und Rehabilitationsprogramme durchführen. In Bezug auf die Umsetzung und die Rollenteilung zwischen Bund und Kantonen schliessen wir uns den Ausführungen der GDK in der Stellungnahme vom 23. Oktober 2020 an. **4. Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug** **4.1 Systematische WZW-Überprüfungen** Wir begrüssen diese Massnahme. Es soll möglich sein, obsolete Behandlungen, Therapien oder Arzneimittel wieder aus dem OKP-Leistungskatalog bzw. der Spezialitätenliste zu entfernen. **4.2 Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung** Wir sind der Ansicht, dass aufgrund des Berichts zu wenig klar wird, welche Grundsätze der Bundesrat bei der Preisbildung von Analysen, Arzneimittel und Mittel und Gegenstände verfolgt. Idealerweise wären möglichst konsequent Health Technology Assessments (HTA) durchzuführen, um das Preis-/Leistungsverhältnis von neuen Technologien und Behandlungsmethoden zu prüfen. **4.3 Preismodelle und Rückerstattungen** Diesbezüglich teilen wir die Ausführungen der GDK vom 23. Oktober 2020. Von Rückerstattungen müssen alle Kostenträger entsprechend ihrem Beitrag zur Finanzierung kostspieliger Innovationen (z.B. Zusatzentgelte im stationären Bereich) profitieren. Die teilweise Intransparenz bei der Preisfestsetzung ist im Interesse von möglichst preisgünstigen Arzneimitteln in Kauf zu nehmen. **4.4 Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl** Wir begrüssen, dass sich Referenztarife am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Listenspital des Kantons orientieren. Damit können

	unrealistisch tiefe Referenztarife verhindert werden, wie sie teilweise von Kantonen festgelegt werden um zu vermeiden, dass Patientinnen und Patienten ausserkantonale Spitäler aufsuchen. **4.5. Weitere** Wir begrüssen die vorgeschlagenen Regelungen betreffend elektronische Rechnungsübermittlung, Massnahmen in der Invalidenversicherung und Kostenbeteiligung bei Mutterschaft, verzichten jedoch auf weitergehende Bemerkungen. Abschliessend ersuchen wir den Bundesrat um eine konkretere Einschätzung der finanziellen Auswirkungen der vorgenannten Massnahmen auf die Kantone. Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	-	-	-	-	-

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
-	-	-	-

Regierungsrat

Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
so.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

17. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Allgemeine Bemerkungen

Bei der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung gehören die Kantone zu den zentralen Akteuren, weshalb wir grundsätzlich grosses Interesse an wirksamen Massnahmen zur Kostendämpfung im Sinne der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen haben. Wir begrüssen die vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen mehrheitlich, sind jedoch der Ansicht, dass die Wirksamkeit der Zielvorgabe wie auch der Erstberatungsstelle sehr stark von der konkreten Umsetzung abgängig ist. Die Vorlage erachten wir insbesondere in Bezug auf diese beiden Massnahmen als noch zu wenig ausgereift bzw. diese Massnahmen bedürfen einer weiteren Konkretisierung.

Wir erachten es als essentiell, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen die Gesamtsicht auf das System gewahrt wird, insbesondere auch auf die Versorgungssicherheit und -qualität.

Bemerkungen zu einzelnen Massnahmenvorschlägen

1. Zielvorgabe

Die grundsätzliche Stossrichtung eines steuernden Eingriffs in das Gesundheitswesen begrüssen wir. Gleichwohl möchten wir festhalten, dass wir den geplanten Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung sowie deren Konsequenzen für die Versorgung kritisch beurteilen und von einem grossen administrativen Mehraufwand für die Zielvorgaben ausgehen.

Wir bezweifeln die Praktikabilität einer jährlichen Anpassung der Zielvorgaben. Es ist absehbar,

dass Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche festgelegt werden müssten, bevor überhaupt die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres vorlägen. Ebenso müssten Korrekturmassnahmen zu einem Zeitpunkt verfügt werden, in welchem noch unklar ist, ob die Zielvorgabe eingehalten werden wird. Wir regen daher an, einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vorzusehen. Ebenso sind wir der Meinung, dass der Zugang der Kantone zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer im Gesetz festgehalten werden muss. Dies ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Kantone ihre Aufgaben sachgerecht erfüllen können.

Die Korrekturmassnahmen sind zwingend als Kann-Bestimmung zu formulieren, da es durchaus Situationen geben kann, in welchen ein kontrolliertes Ausgabenwachstum gerechtfertigt ist.

Als mittelgrosser Kanton mit einer «verzettelten Geografie» und dementsprechend vielen ausserkantonalen Behandlungen möchten wir im Übrigen anmerken, dass die Umsetzung nach dem Prinzip «Wohnkanton der Versicherten» zwangsläufig Vollzugsprobleme nach sich ziehen wird.

2. Erstberatungsstelle

Die Akzeptanz von Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit ist in der Schweiz bereits heute relativ gross. Gleichwohl dürfte diese Massnahme politisch umstritten sein und zahlreiche Vollzugsfragen aufwerfen. Die Einführung der Erstberatungsstelle darf nicht dazu führen, dass ältere und/oder an einer chronischen Krankheit leidende Menschen benachteiligt werden. Zudem machen wir auf die Gefahr der Risikoselektion aufgrund der vorgesehenen pauschalen Vergütung der Erstberatungsstellen aufmerksam.

Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 23. Oktober 2020 an und verweisen auf diese.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig.	sig.
Brigit Wyss	Andreas Eng
Frau Landammann	Staatsschreiber

Beilage: Antwortformular

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Solothurn

Abkürzung der Firma / Organisation : SO

Adresse : Rathaus / Barfüssergasse 24

Kontaktperson : Mirjam Bütler, Co-Leiterin Rechtsdienst, Departement des Innern

Telefon : 032 627 93 76

E-Mail : mirjam.buetler@ddi.so.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5
Weitere Vorschläge 6

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	Bei der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung gehören die Kantone zu den zentralen Akteuren, weshalb wir grundsätzlich grosses Interesse an wirksamen Massnahmen zur Kostendämpfung im Sinne der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen haben. Wir begrüssen die vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen mehrheitlich, sind jedoch der Ansicht, dass die Wirksamkeit der Zielvorgabe wie auch der Erstberatungsstelle sehr stark von der konkreten Umsetzung abgängig ist. Die Vorlage erachten wir insbesondere in Bezug auf diese beiden Massnahmen als noch zu wenig ausgereift bzw. diese Massnahmen bedürfen einer weiteren Konkretisierung. Wir erachten es als essentiell, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen die Gesamtsicht auf das System gewahrt wird, insbesondere auch auf die Versorgungssicherheit und -qualität. Zu den Massnahmenvorschlägen möchten wir folgende allgemeinen Bemerkungen anbringen: 1. Zielvorgabe Die grundsätzliche Stossrichtung eines steuernden Eingriffs in das Gesundheitswesen begrüssen wir. Gleichwohl möchten wir festhalten, dass wir den geplanten Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung sowie deren Konsequenzen für die Versorgung kritisch beurteilen und von einem grossen administrativen Mehraufwand für die Zielvorgaben ausgehen. Wir bezweifeln die Praktikabilität einer jährlichen Anpassung der Zielvorgaben. Es ist absehbar, dass Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche festgelegt werden müssten, bevor überhaupt die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres vorlägen. Ebenso müssten Korrekturmassnahmen zu einem Zeitpunkt verfügt werden, in welchem noch unklar ist, ob die Zielvorgabe eingehalten werden wird. Wir regen daher an, einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vorzusehen. Ebenso sind wir der Meinung, dass der Zugang der Kantone zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer im Gesetz festgehalten werden muss. Dies ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Kantone ihre Aufgaben sachgerecht erfüllen können. Die Korrekturmassnahmen sind zwingend als Kann-Bestimmung zu formulieren, da es durchaus Situationen geben kann, in welchen ein kontrolliertes Ausgabenwachstum gerechtfertigt ist. Als mittelgrosser Kanton mit einer «verzettelten Geografie» und dementsprechend vielen ausserkantonalen Behandlungen möchten wir im Übrigen anmerken, dass die Umsetzung nach dem Prinzip «Wohnkanton der Versicherten» zwangsläufig Vollzugsprobleme nach sich ziehen wird.

	2. Erstberatungsstelle Die Akzeptanz von Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit ist in der Schweiz bereits heute relativ gross. Gleichwohl dürfte diese Massnahme politisch umstritten sein und zahlreiche Vollzugsfragen aufwerfen. Die Einführung der Erstberatungsstelle darf nicht dazu führen, dass ältere und/oder an einer chronischen Krankheit leidende Menschen benachteiligt werden. Zudem machen wir auf die Gefahr der Risikoselektion aufgrund der vorgesehenen pauschalen Vergütung der Erstberatungsstellen aufmerksam. Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 23. Oktober 2020 an und verweisen auf diese.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	---	---	---	---	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
	---	---	---

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Schwyz / Departement des Innern

Abkürzung der Firma / Organisation : DISZ

Adresse : Kollegiumstrasse 28, 6430 Schwyz

Kontaktperson : Martina Trütsch

Telefon : 041 819 16 17

E-Mail : martina.truetsch@sz.ch

Datum : 10. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5
Weitere Vorschläge 13
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 14

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
DISZ	Zielvorgabe Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahme, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Die Kantone erhalten ein Instrument, im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen. Kritisch zu beurteilen sind allerdings der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen. Wichtig erscheint dem Regierungsrat eine stringente und durchgängige Hierarchie der Vorgaben von Bund über Kantone zu den Versicherern – verbunden mit einer übergeordneten Überprüfung der Zielvorgaben und der ergänzenden Kerntreiber von Bund und Kantone.
DISZ	Erstberatungsstelle Der Regierungsrat begrüsst das Ziel, durch Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss Statistik der OKP wählten im Jahr 2018 bereits gut 70% der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich. Im Sinne der Optimierung des Kategorienmix der Zielvorgaben sollten Präventive Möglichkeiten – auch in einer Erstberatung – vermehrt und zentral im Mittelpunkt stehen. Zudem ist auf die Anforderungen der Besetzung der Erstberatungsstellen hinzuweisen. Diese Fachpersonen sollten objektiv und ganzheitlich denken, über den rein medizinischen Horizont hinausschauen und unabhängig von wirtschaftlichen und finanziellen Interessen agieren können. Hierfür ist die medizinische Grundausbildung entsprechend zu optimieren.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

DISZ	Koordinierte Versorgung stärken Der Regierungsrat teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Er unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden. Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits. Der Regierungsrat erachtet es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.
DISZ	Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden. Bereits heute sind Lieferengpässe an der Tagesordnung. Jeder Versorgungsengpass verursacht auch Unannehmlichkeiten für die Patienten und Mehrkosten für das Gesundheitswesen, wenn Ersatzlösungen – sofern vorhanden – bereitgestellt werden müssen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
DISZ	21			Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten. Da in Art. 21 E-KVG das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen. Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.	
DISZ	25	2	h/i	Es wird begrüsst, dass neu Leistungen von Apothekern, welche zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung beitragen und im Rahmen von Patientenprogrammen erbracht werden, aufgenommen worden sind.	
DISZ	32	3		Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Regelung.	
DISZ	35	2	o	Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.	

DISZ	36b	1		Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.	
DISZ	36b	2		Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.	
DISZ	40a			Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden. Diese Gefahr besteht, da der Patient und die Patientin, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein. Generell wäre die Erstberatungsstelle bei den Grundversorgern zu belassen. Eine Erstberatung sollte durch einen Hausarzt persönlich in dessen Praxis und nicht durch telemedizinische Beratung vorgenommen werden. Eine ganzheitliche Beurteilung ist bei einer telemedizinischen Abklärung nicht möglich. Der Kanton kann seine Aufsichtspflicht kaum wahrnehmen.	
DISZ	40a	4/5		Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben. Der Regierungsrat besteht auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen	

				sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.	
DISZ	40c	1		Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion. Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.	
DISZ	40c	2		Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen: Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Der Regierungsrat fordert den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.	
DISZ	41	1		Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen und entspricht in der Zielsetzung der geltenden GDK-Empfehlung betreffend Referenztarife. Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme dürfte hingegen	

				nicht zum Tragen kommen, da es Kantone gibt, welche tiefere Referenztarife festgelegt haben als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert der Regierungsrat einen angemessenen Einbezug der Kantone. Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden. Objektive und national vergleichbare Preis- und Tarifmodelle werden als wünschenswert erachtet. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise der Gesundheitsversorgung gilt es auch die Aufgaben und Finanzierung der heutigen Betagtenpflege auf kommunaler Ebene zu hinterfragen.	
DISZ	41a			Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären. Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?	
DISZ	52b			Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint dem Regierungsrat als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die	

				Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der SL, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.	
DISZ	54	1		Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel. Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele schlägt der Regierungsrat deshalb einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vor.	
DISZ	54	2		Der Regierungsrat kann die Argumente für eine Umsetzung nach dem Prinzip Wohnkanton der Versicherten nachvollziehen und unterstützt die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt. Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem	

				(auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.	
DISZ	54	2	a	Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 54 Abs. 2 E-KVG in die alleinige Kompetenz des Bundesrates fallen. Der Regierungsrat fordert einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 54 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.	
DISZ	54	2	b	Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher	

				grössere Toleranzmargen zulassen.	
DISZ	54a			Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken und innovative Kooperationsansätze (z. B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht «übergeordnet» wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Die Kantone bestehen deshalb darauf, dass – im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvor-schlags – mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.	
DISZ	54b			Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten. Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.	

				Zudem besteht die Gefahr, dass sich für die Umsetzung von Kostenzielen und Korrekturmassnahmen alle Akteure (Tarifpartner und Kantone) mit Fachspezialisten aufrüsten, was zusätzliche Kosten verursachen würde.	
DISZ	54d			Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Regierungsrat ganz klar für eine Kann-Regelung aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.	
DISZ	64	7	b/c	Der Regierungsrat begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll. Wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man aus Sicht des Regierungsrates nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Regierungsrat des Kantons Schwyz

VERSENDET AM 17. NOV. 2020

kantonschwyz

6431 Schwyz, Postfach 1260

per E-Mail
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch
(PDF- und Word-Version)

Schwyz, 10. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»
Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den Kantonsregierungen die Unterlagen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom18. März 1994 (KVG, SR 832.10) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» zur Vernehmlassung bis 19. November 2020 unterbreitet.

Zusammenfassend können die im Massnahmenpaket 2 vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung unterstützt werden, wobei die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung liegt. Als zentraler Akteur in der Gesundheitsversorgung sind wir bereit, zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen einen Beitrag zu leisten. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe und Erstberatungsstelle bedarf die Vorlage aber eine weitere Anpassung bzw. Konkretisierung, welche die Zuständigkeit der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft. Es ist unerlässlich, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten.

Anbei erhalten Sie unsere detaillierte Stellungnahme, die sich im Wesentlichen auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) stützt, jedoch partiell Ergänzungen beinhaltet.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Im Namen des Regierungsrates:

Petra Steimen-Rickenbacher
Landammann

Regierungsrat Kanton Schwyz

Dr. Mathias E. Brun
Staatsschreiber

Beilage erwähnt

Kopie an:
- Schwyzer Mitglieder der Bundesversammlung.

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau

Thurgau

Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Eidgenössisches
Departement des Innern
Herr Alain Berset
Bundesrat
3003 Bern

Frauenfeld, 17. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative „Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremsen-Initiative)"

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme in erwähnter Angelegenheit.

Wir lehnen die Vorlage ab, weil sie im klaren Widerspruch zu den Zielen der Bundesverfassung und dem im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) festgehaltenen Versicherungsprinzip steht. Ein globales Kostenziel entspricht im Effekt einem Globalbudget und muss zwingend mit Leistungseinschränkungen verbunden sein und zu weniger Behandlungen führen, ansonsten hätte es keine Wirkung. Mit dieser Vorlage soll also eine explizite Rationierung von Leistungen mittels eines Kostenziels festgeschrieben werden, ohne dass ersichtlich wäre oder konkret festgehalten wird, auf welche Leistungen verzichtet werden soll. Stattdessen regen wir an, den Prozess der Prämiengenehmigung grundsätzlich zu überprüfen und darin den Anliegen der Kantone Rechnung zu tragen, die Operationalisierung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu verstärken und die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich, zu welcher der Bundesrat seit 1998 verpflichtet ist, umzusetzen.

Im Weiteren teilen wir die Grundüberlegungen der Stellungnahme der GDK vom 23. Oktober 2020 und regen in Ergänzung dazu an, was folgt:

Erstberatungsstelle (Art. 40a ff. E-KVG)

Die Einführung einer Erstberatungsstelle für Versicherte lehnen wir ab, da sie in die Wahlfreiheit der Versicherten eingreift. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Juni 2012 vom Schweizer Stimmvolk mit einem Nein-Stimmenanteil von 76 % klar verworfen. Die-

Regierungsgebäude
8510 Frauenfeld
T +41 58 345 5310, F +41 58 345 5354
www.tg.ch

ses Volksverdikt gilt es zu respektieren. Zudem sind gemäss Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahr 2018 bereits über 70 % der Personen in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese freiwillige Wahl ist mit der koordinierten Versorgung weiterzuführen und nicht durch einen Zwang mit unklarem Einsparungspotenzial zu versehen.

Sektoriellen Zielvorgaben (Art. 54 ff. E-KVG)

Wir lehnen die Massnahmen der sektoriellen Zielvorgaben entschieden ab, da die Zukunft in der integrierten Gesundheitsvorsorge und -versorgung liegt. Die sektorübergreifende Zusammenarbeit, die Netzwerkarbeit sowie die Kooperation und Straffung der Patientenversorgungsketten widersprechen diametral den Anreizen, die sektorielle Zielvorgaben im Vergleich zum heutigen System deutlich verstärken würden. Es würden Fehlanreize geschaffen, das Silodenken zementiert und Innovationen nicht honoriert. Im Weiteren würde diese Massnahme den Kantonen einen grossen administrativen Aufwand verursachen, ohne dass ihnen Instrumente einer verlässlichen Planung zur Verfügung stünden. Zeitnahe, zweckdienliche Zielvorgaben und allfällige Korrekturen wären mangels verfügbarer Daten gar nicht möglich, die Massnahme also nicht sinnvoll vollziehbar. Wir verweisen diesbezüglich auf die Ausführungen der GDK.

Art. 54c E-KVG zeigt beispielhaft, wie wenig durchdacht die Vorlage ausgestaltet ist: Der Bundesrat unterbreitet seine Kostenziele für die einzelnen Kantone ein Jahr vor Gültigkeit. Was ist die Grundlage für die Festsetzung dieser Ziele? Das Jahr x-3 (Jahr x-2 wäre zum Fixierungszeitpunkt noch nicht beendet)? Der Bundesstaat repliziert das Modell, das die Kantone immer wieder kritisieren, wenn es um die Festsetzung der Prämien geht. Erschwerend kommt hier hinzu, dass diejenigen Entwicklungen und Fortschritte, die in den Jahren x-1 und x-2 beobachtet werden, bei der Zielfestsetzung systematisch nicht berücksichtigt werden können, sondern erst im Nachhinein bei der Evaluation einer Nichtzielerreichung als Rechtfertigung erscheinen werden.

Datenschutz

In datenschutzrechtlicher Hinsicht bitten wir um Berücksichtigung der folgenden Überlegungen:

- Art. 21 E-KVG
  Gemäss Art. 21 Abs. 2 E-KVG kann der Bundesrat vorsehen, dass Daten pro versicherte Person weitergegeben werden müssen. Eine dermassen weitgehende Erfassung aller versicherten Krankheitsfälle ist weder erforderlich noch verhältnismässig. Es könnte der Eindruck entstehen, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sammle Gesundheitsdaten auf Vorrat, was den im erläuternden Bericht auf der letzten Seite (Ziff. 6.6.7, Seite 100) als wichtig bezeichneten Grundsätze des Da-

tenschutzes, namentlich der Beachtung der Verhältnismässigkeit und der Zweckbindung, widersprechen würde. Zudem ist es unzulässig, dass die Exekutive des Bundes frei über die Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten entscheiden kann, da für eine Bearbeitung dieser brisanten Daten immer eine gesetzliche Grundlage im formellen Gesetz vorausgesetzt wird. Die Versicherer sind deshalb einzig zur Herausgabe von aggregierten Daten zu verpflichten. Auf eine weiterführende Kompetenzdelegation an den Bundesrat ist zu verzichten.

– Art. 42 Abs. 3ter E-KVG
  Die obligatorische Rechnungsstellung in elektronischer Form erachten wir als sinnvoll. Allerdings ist Art. 42 E-KVG dahingehend zu ergänzen, dass durch die elektronische Rechnungsstellung keine Gesundheitsdaten an Dritte gelangen dürfen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass durch die neuen Einzahlungsscheine mit QR-Code Rechnungsfelder generiert werden, die den am Zahlungsverkehr beteiligten Banken Rückschlüsse auf die Gesundheit der betroffenen Personen erlauben, was zwingend zu vermeiden ist, da die Gesundheitsdaten der obligatorischen Krankenversicherung keinen Einfluss auf die Kreditwürdigkeit der betroffenen Personen haben dürfen.

– Art. 52c E-KVG
  Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Art. 5 des Öffentlichkeitsgesetzes (BGÖ; SR 152.3) verweigert werden soll. Der Grundsatz der Transparenz verlangt, dass auch die Genehmigungspraxis des BAG nachvollziehbar ist. Gerade in diesem sensiblen Bereich bestünde sonst keine Möglichkeit, die Zulassungspraxis öffentlich zu überprüfen.

Nicht zielführende Prämiengenehmigungspraxis

Anstelle der teilweise untauglichen Kostendämpfungsmassnahmen der vernehmlassten Vorlage regen wir an, die Praxis der Prämiengenehmigung des Bundes kritisch zu hinterfragen. Aktuell sind die Kantone trotz grossem Zeitaufwand zur Prüfung der Prämiengenehmigungsanträge des BAG nicht in der Lage, die teils massiven Prämienerhöhungen bei einzelnen Prämien nachzuvollziehen, insbesondere weil die Daten des Monitorings der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) nicht reflektiert werden. Mehrere Versicherer verfügen über teils immense Reserven, welche die gesetzlich vorgegebene Reserve teils um ein Vielfaches überschreiten. In solchen Fällen sollte statt der Genehmigung einer Prämienerhöhung so lange überhaupt keine Prämiengenehmigung durch den Bund erteilt werden, bis die Reserven auf ein vertretbares Mass gesunken sind. Dafür bräuchte es keine Gesetzesanpassung, sondern den politischen Willen, die Prämiensteigerungen zu durchbrechen. Die parallel zur KVG-Revision geplante Revision der Krankenkassenaufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121) begrüssen wir daher sehr.

Qualitätssicherung im ambulanten Bereich

Wir weisen den Bundesrat darauf hin, dass eine wirksame kostensenkende und qualitätssteigernde Massnahme die Durchführung einer Qualitätssicherung im ambulanten Bereich wäre. Hierzu ist der Bundesrat gemäss Art. 77 Abs. 3 i.V.m. Art. 135 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) seit dem 1. Januar 1998 verpflichtet.

Wir danken Ihnen, hochgeachteter Herr Bundesrat, für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüssen

Der Präsident des Regierungsrates

Der Staatsschreiber

numero			Bellinzona
6022	fr	0	18 novembre 2020

Repubblica e Cantone Ticino
Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 43 20
fax +41 91 814 44 35
e-mail can-sc@ti.ch

Repubblica e Cantone Ticino

Il Consiglio di Stato

Signor Consigliere federale
Alain Berset
Dipartimento federale dell'interno DFI
3003 Berna

Invio per posta elettronica
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie
Secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi: consultazione

Egregio signor Consigliere federale,

ringraziamo per la vostra lettera del 19 agosto 2020 con cui sottoponete al Cantone Ticino, nell'ambito della procedura di consultazione, il secondo pacchetto di misure finalizzate al contenimento della spesa sanitaria e il relativo progetto di revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Questo funge anche da controprogetto indiretto all'iniziativa popolare federale «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)».

Le misure correnti completano il primo pacchetto attualmente in discussione al Parlamento federale e sono state elaborate sia sulla base del rapporto di esperti internazionali adottato dal Consiglio federale il 28 marzo 2018, sia dal DFI. Tre gli interventi principali: obiettivi quantitativi di spesa, prima consultazione presso un'entità designata e cure coordinate. Il risparmio annuo è stimato oltre il miliardo di franchi. Il Consiglio federale, con la presentazione del secondo pacchetto di misure di contenimento costi, ha ultimato il proprio programma di possibili risparmi nell'assicurazione malattia, iniziato a fine 2016 con la costituzione del gruppo d'esperti. Su questo si devono ora chinare tutti gli attori coinvolti.

In maniera generale, e prima di formulare delle osservazioni specifiche sulle singole proposte, il Cantone Ticino rileva come il secondo pacchetto sia più incisivo del primo, con delle modifiche anche di ampia portata, in primis l'introduzione di obiettivi quantitativi riguardo all'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). La finalità del contenimento della spesa è assolutamente condivisa e l'Autorità cantonale si dichiara di principio favorevole a nuovi strumenti di gestione dell'offerta sanitaria che ne garantiscano una maggiore efficienza. Come già per il primo pacchetto, le nuove misure sono state attentamente valutate in funzione della loro idoneità al contesto sanitario attuale, della loro efficacia e della compatibilità con il quadro normativo attuale, in particolare riguardo ai ruoli ed ai compiti che ne derivano per i singoli attori.
Nel merito delle singole misure, formuliamo le seguenti considerazioni.

Obiettivo di contenimento dei costi dell'AOMS

L'introduzione di obiettivi quantitativi annuali (a cascata, dalla Confederazione ai Cantoni e dal generale al settoriale) riferiti all'evoluzione dei costi dell'AOMS e di misure correttive da parte dei Cantoni in caso di superamento degli stessi rappresenta di gran lunga l'intervento principale e più incisivo fra tutte le proposte di contenimento della spesa elaborate dall'Esecutivo federale.
Sul principio e la necessità di introdurre dei limiti quantitativi ad un'offerta sanitaria in marcata e costante crescita, oltretutto in un mercato imperfetto in cui la domanda è anche indotta dall'offerta e nel quale le prestazioni sono garantite da un'assicurazione sociale obbligatoria, l'Autorità cantonale non può che dichiararsi favorevole. Determinante risulta tuttavia la modalità con cui questo avviene. In tal senso, la soluzione proposta solleva significative criticità:

- la misura, se attuata, costituirebbe la modifica più ampia e incisiva della LAMal dalla sua introduzione. Per certi versi ne cambia anche alcuni fondamenti. Senza ancora esprimere un giudizio sulla sua bontà, di questo aspetto va tenuto debitamente conto nel valutarne l'attuabilità. È verosimile che la proposta, così come formulata, presenti un'ampiezza e un'incisività tali da rendere la sua probabilità di realizzazione pressoché nulla;
- il meccanismo d'attuazione proposto per introdurre dei limiti quantitativi all'evoluzione della spesa risulta, oltre che ampio e complesso, molto dirigista, con la Confederazione a dettare il ritmo ed i Cantoni chiamati poi a trovare le giuste soluzioni con i partner tariffali;
- l'approccio *top-down* scelto – con degli obiettivi fissati dalla Confederazione ai Cantoni, dalla spesa totale a quella dei singoli fornitori – risulta alquanto complicato nell'attuazione e con un'elevata probabilità d'errore nelle stime di spesa (in particolare quella cantonale e per gruppi di fornitori), ma soprattutto poco si adatta alla realtà sanitaria attuale. Questa è caratterizzata da un lato dal federalismo, che attribuisce ai Cantoni la gestione della sanità e quindi anche dei costi, d'altro lato da una legge federale che responsabilizza molto i partner tariffali anche riguardo all'economicità delle cure.

In sintesi, il principio di poter incidere sui volumi di spesa, per meglio gestirla, è condivisibile, tuttavia la modalità scelta è sin troppo rivoluzionaria e quindi lontana dall'attuale realtà, assai complessa nella sua definizione ed attuazione e con un'incidenza marcata su tutti gli attori. Una gestione della spesa che nasca "dal basso", ossia a partire dai singoli attori nelle singole regioni, si fa preferire e le modifiche legislative dovrebbero piuttosto orientarsi in tal senso. Gli esempi virtuosi non mancano, quali il budget globale ospedaliero, le tariffe degressive o i futuri strumenti d'intervento sull'offerta ambulatoriale, attualmente in discussione.

Prima consulenza

La misura prevede l'obbligo per tutti gli assicurati di una prima consulenza presso un fornitore di prestazioni designato, a cui rivolgersi in caso di problemi di salute, scegliendolo da un elenco di medici di famiglia, centri di telemedicina, studi medici associati o reti di cure coordinate. Il Cantone Ticino sostiene la modifica nella misura in cui il *gatekeeping* ha dimostrato di consentire un contenimento degli interventi inutili e dei doppioni.
Cionondimeno, l'Autorità cantonale rende attenti su due possibili criticità della stessa, legate fra loro. Da un lato, il beneficio finanziario atteso – stimato in alcune centinaia di milioni annui – potrebbe risultare sovrastimato. Infatti, la minoranza della popolazione svizzera (circa un quarto degli adulti) che attualmente non dispone ancora di un modello assicurativo che ne limita la libertà di scelta, verosimilmente è costituita anche da persone anziane, con malattie croniche o polimorbide. Ciò significa che pur obbligandoli a una consulenza designata d'entrata, difficilmente si realizzerebbe un risparmio sulla spesa sanitaria, avendo in ogni caso necessità di proseguire le cure già in essere. D'altro lato, se comunque si volesse perseguire un contenimento della spesa anche per questa tipologia di pazienti, ecco che gli stessi subirebbero verosimilmente un peggioramento della loro presa a carico, venendo a

mancare almeno una parte delle abituali cure e delle relative figure di riferimento, effetto indesiderato e non giustificabile con esigenze di risparmio.

Rafforzamento del coordinamento delle cure

Due sono le misure principali previste a tale fine: il riconoscimento delle reti di cure coordinate quali fornitori di prestazioni a sé stanti (con facoltà quindi di fatturare tramite forfait) ed il promovimento di programmi di assistenza ai pazienti (programmi terapeutici con la partecipazione di vari fornitori di prestazioni durante l'intero processo di cura). Il Cantone Ticino riconosce come il sostegno alle cure integrate possa favorire una presa a carico più idonea ai bisogni dei pazienti, migliorandone al contempo l'economicità, e contribuire così al contenimento della crescita dei costi. È pertanto favorevole alla creazione di una base legale in tal senso.
Relativamente alle competenze, la proposta di modifica della LAMal attribuisce un ruolo primario alla Confederazione, la quale definisce i criteri d'autorizzazione delle reti di cura, le prestazioni riconosciute e le regole d'approvazione dei programmi terapeutici, mentre non cita in alcun modo i Cantoni. È doveroso che anch'essi possano continuare a dare importanti impulsi allo sviluppo delle cure integrate, autorizzando o promuovendo reti di cura, così come programmi o progetti di presa a carico che coinvolgono più figure sanitarie. Si auspica quindi che anche il loro ruolo sia ancorato nella legge, ovviamente nel rispetto delle competenze della Confederazione.

Maggiore competenza alla Confederazione nella verifica delle prestazioni

Al Consiglio federale è attribuita la competenza di stabilire le modalità e i tempi del riesame periodico delle prestazioni in base ai criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE). Ciò implica anche definire dei principi di calcolo per una rimunerazione la più conveniente possibile dei medicamenti, delle analisi nonché dei mezzi e degli apparecchi (EMAp), ossia nei settori in cui spetta alla Confederazione stabilire l'importo della rimunerazione delle prestazioni.
La misura completa in maniera appropriata i principi di verifica delle prestazioni già in vigore ed è ampiamente condivisa dal Cantone. Procedere all'esame EAE nelle varie fasi del ciclo di vita di una prestazione con una frequenza, una metodologia e un grado di dettaglio variabili, a seconda del genere di prestazione e della necessità, è certamente più opportuno ed efficace che riesaminare periodicamente i tre criteri EAE in contemporanea e con lo stesso grado di dettaglio. Parimenti, dei principi specifici per il calcolo di una rimunerazione la più economica possibile delle prestazioni la cui tariffazione è di competenza federale non possono che trovare il sostegno dell'Autorità cantonale.

Modelli di prezzo e restituzioni

I modelli di prezzo sono accordi non accessibili al pubblico, conclusi tra l'industria farmaceutica e le autorità, le regioni, gli ospedali o gli assicuratori malattie. Sono negoziate, tra l'altro, delle restituzioni sul prezzo a partire da un determinato volume. Per garantire un accesso rapido e il più possibile conveniente a costosi medicamenti innovativi, anche in Svizzera sono sempre più spesso adottati modelli di prezzo. La misura ne crea la base giuridica per la loro adozione.
Anche se la soluzione proposta peggiora la trasparenza nella fissazione dei prezzi dei medicamenti, lo fa nell'interesse di un acquisto al ribasso in favore dei pazienti. Per questa ragione la proposta è sostenuta.

Tariffe di rifermento eque per la degenza ospedaliera in Svizzera

I governi cantonali devono stabilire tariffe di riferimento eque per le cure stazionarie dispensate al di fuori del Cantone, basandosi sulla tariffa applicata per un trattamento analogo in uno degli ospedali figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio. Questa misura dovrebbe promuovere la concorrenza intercantonale tra gli ospedali, frenando la crescita dei costi.
Si riconosce che la definizione di tariffe di riferimento troppo basse da parte dei Cantoni può effettivamente ostacolare la libera scelta degli assicurati e di conseguenza compromettere la concorrenza tra ospedali. La soluzione in essere nel nostro Cantone è perfettamente in linea con la misura proposta, che viene condivisa: il Ticino non ha un'unica tariffa di riferimento, ma riconosce ai propri cittadini la tariffa più bassa tra gli istituti cantonali autorizzati ad effettuare il medesimo trattamento.

Trasmissione elettronica delle fatture

L'obbligo di trasmissione elettronica e standardizzata delle fatture consente da un lato un rafforzamento della vigilanza, d'altro lato ha un beneficio dal profilo amministrativo. La misura è quindi condivisa.

In sintesi, l'Autorità cantonale riconosce come, in un mercato imperfetto quale quello sanitario in cui la domanda è anche indotta dall'offerta, non si possa prescindere da misure di contenimento di quest'ultima, cercando al contempo di favorire l'implementazione di reti di cura che favoriscano l'efficacia e l'economicità delle prestazioni, senza intaccarne la qualità. La modalità con cui ciò avviene deve tuttavia essere oggetto di attenta valutazione. Interventi che lasciano l'iniziativa ai partner tariffali ed ai Cantoni, quindi agli attori che operano "al fronte", sono da preferirsi a misure, anche quantitative, imposte dall'alto. Alla stessa stregua, sul piano istituzionale si ritiene che la gestione sanitaria debba prevalentemente rimanere di responsabilità cantonale, laddove vi è la migliore competenza e conoscenza del sistema sanitario territoriale. La gestione regionale della sanità ha mostrato ancora una volta tutta la sua efficacia nell'affrontare l'emergenza dettata dalla pandemia.

Ringraziando per una debita presa in considerazione delle osservazioni esposte, vogliate gradire, signor Consigliere federale, l'espressione della nostra massima stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente: Norman Gobbi

Il Cancelliere: Arnoldo Coduri

Copia per conoscenza:
- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Pubblicazione in internet

Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» Stellung zu nehmen.

Der Regierungsrat hat die Vernehmlassungsvorlage an der Sitzung vom 10. November 2020 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

Allgemeine Bemerkungen

Der Kanton Uri begrüsst die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und kann die im Massnahmenpaket 2 vorgeschlagenen Massnahmen mehrheitlich unterstützen. Als zentraler Akteur in der Gesundheitsversorgung ist der Kanton Uri bereit, zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen einen Beitrag zu leisten.

Wie bereits bei der Beurteilung des ersten Massnahmenpakets findet der Kanton Uri unerlässlich, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten. Während dies bei der Stärkung der koordinierten Versorgung gegeben ist, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe und der Erstberatungsstelle stark davon ab, wie sie umgesetzt werden. Die Vorlage erachten wir insbesondere in Bezug auf diese beiden Massnahmen als noch zu wenig ausgereift.

Aus diesem Grund sollte aus Sicht des Kantons Uri vor allem die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

1. Zielvorgabe

Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahmen, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Die Kantone erhalten ein Instrument, im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten dem Kanton Uri die nötige Freiheit, seine Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedlichen Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch zu beurteilen sind allerdings der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für den Kanton Uri massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen.

Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme:

I. Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel. Der Kanton Uri müsste Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahrs, allenfalls sogar des Vorvorjahrs überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihm erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele schlägt der Kanton Uri deshalb einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vor.

II. **Der Kanton Uri kann die ihm zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn er einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhält.** Da in Artikel 21 Entwurf-KVG (E-KVG) das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass der Kanton Uri über die nötigen Informationen verfügen wird, die er für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigt. Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.

III. **Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere Uri als ressourcenschwachen Kanton sowohl in Bezug auf sein Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten.** Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wäre der Kanton Uri auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.

IV. **Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen** sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnten. Für Uri sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für ihn soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.

V. **Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken** und innovative Kooperationsansätze (z. B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht «übergeordnet» wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Der Kanton Uri besteht deshalb darauf, dass - im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags - mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (eventuell sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Kanton Uri ganz klar für eine **Kann-Regelung** aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, beispielsweise wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Artikel 54*d* der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Der Kanton Uri kann die Argumente für eine Umsetzung nach dem **Prinzip Wohnkanton der Versicherten** nachvollziehen und unterstützt die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich kann der Kanton Uri mit einem (auch angebotsbedingt) hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für den Kanton Uri deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Artikel 52 Absatz 2 E-KVG in die alleinige Kompetenz des Bundesrats fallen. Der Kanton Uri fordert einen angemessenen Einbezug bei diesem Teilschritt. Dank seinen spezifischen Kenntnissen über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in seinem jeweiligen Gebiet ist der Kanton Uri in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf seine Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Artikel 52 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

2. Erstberatungsstelle

Der Kanton Uri begrüsst das Ziel, durch Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss Statistik der OKP wählten im Jahr 2018 bereits gut 70 Prozent der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich.

Der Kanton Uri weist in Bezug auf die vorgeschlagene Lösung auf folgende Vollzugsfragen hin:

- **Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden.** Diese Gefahr besteht, da die Patientin und der Patient, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärztinnen und Ärzten abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.
- **Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion.** Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei

älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- respektive Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.

- **Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen:** Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale - auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Der Kanton Uri fordert den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Fall einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.
- **Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben.** Der Kanton Uri besteht auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.
- **Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären.** Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

3. Koordinierte Versorgung stärken

Der Kanton Uri teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Sie unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI). Auch der Kanton Uri kann aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen. Er erachtet es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme weist der Kanton Uri auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollen:

- **Koordinationsaufwand:** Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, gegebenenfalls auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- **Zulassungsvoraussetzungen:** Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG sichert zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.
- **Festsetzung Tarife:** Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrags zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Weitere Massnahmen

4.1. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Der Kanton Uri begrüsst die vorgeschlagene Regelung.

4.2. Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen

Der Kanton Uri begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

4.3. Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint dem Kanton Uri als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 Prozent durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der Spezialitätenliste (SL), spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

4.4. Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Der Kanton Uri kann die Bedenken nachvollziehen, dass tiefere Referenztarife die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Mit tieferen Referenztarifen nimmt er jedoch seine Kostenverantwortung für das Gesundheitswesen wahr. Denn warum soll der Kanton Uri für eine stationäre Behandlung mehr bezahlen, wenn dieselbe Behandlung von einem Listenspital mit der gleichen Qualität und Effizienz günstiger erbracht werden kann?

Die kostendämpfende Wirkung der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahme wird für den Kanton Uri somit nicht zum Tragen kommen, da er tiefere Referenztarife festgelegt hat als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert der Kanton Uri einen angemessenen Einbezug.

Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG offener formuliert werden.

4.5. Elektronische Rechnungsübermittlung

Der Kanton Uri begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

5. Massnahmen in der Invalidenversicherung

Keine Anmerkungen.

6. Weitere Anpassungen

6.1. Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen

Der Kanton Uri begrüsst die Präzisierung, die eine einheitliche Auslegung von Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG bewirken soll. Wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man aus Sicht des Kantons Uri nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

7. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend halten wir fest, dass der Kanton Uri das Massnahmenpaket 2 grundsätzlich unterstützt, wobei die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung liegt. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe und Erstberatungsstelle bedarf die Vorlage aber eine weitere Anpassung respektive Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Altdorf, 17. November 2020

REGIERUNGSRAT DES KANTONS URI

Im Namen des Regierungsrats

Der Landammann	Der Kanzleidirektor
Urban Camenzind	Roman Balli

CONSEIL D'ETAT

Château cantonal
1014 Lausanne

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Chef du Département fédéral de l'intérieur
Inselgasse 1
3003 Berne

Réf. : «20_COU_2526»

Lausanne, le 18 novembre 2020

Procédure de consultation relative à la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions vivement d'avoir consulté le Canton de Vaud concernant le projet mentionné en exergue, et c'est bien volontiers que nous vous faisons part de l'avis requis.

Tout d'abord nous tenons à saluer ce projet qui, contrairement aux projets de révision de la LAMal sur lesquels le Canton de Vaud a été appelé à se prononcer ces derniers mois, reconnaît pleinement le rôle majeur des cantons en tant que responsables et garants de la santé, et leur donne de réelles compétences. Ainsi, ces derniers pourront contribuer pleinement à l'optimisation du pilotage et du financement du système de santé, et répondre autant que faire se peut à leur souci, ainsi qu'à celui de leurs citoyens et contribuables, de juguler l'explosion des coûts de la santé, tout en garantissant l'accès à des soins de qualité pour tous.

Le Conseil d'Etat se rallie à la prise de position de la CDS et la fait sienne, sous réserve de quelques rares points sur lesquels il reviendra, se limitant pour le reste à apporter quelques compléments, à la lumière des spécificités du Canton de Vaud. Le questionnaire dûment rempli joint au présent courrier fait en outre partie intégrante de l'avis du Conseil d'Etat.

Objectif de maîtrise des coûts : la proposition d'un tel modèle qui repose, selon le rapport explicatif, sur une approche largement décentralisée est de manière générale accueillie favorablement par le Canton de Vaud, puisque ce projet tient compte de la compétence prioritaire des cantons dans le domaine de la santé et permet d'adopter des solutions adaptées aux circonstances tout en tenant compte des intérêts des patients, des assurés et de la population du canton.

A ce stade cependant, il est difficile d'évaluer les conséquences en termes administratifs et financiers pour la mise en place du système envisagé.

Analyse d'impact : le rapport explicatif (p. 44 du rapport) fait référence à une telle analyse, qui sera confiée au SECO et fournie au Conseil fédéral avec les résultats de la procédure de consultation. Nous vous remercions de veiller à ce que les cantons, en tant que partenaires de la Confédération, également impactés par la mise en place de dite régulation, reçoivent, à l'instar du Conseil fédéral, ladite analyse par le biais de la CDS et qu'ils aient le loisir de se prononcer à son propos et d'émettre des propositions.

Adaptation annuelle des objectifs : tout comme la CDS, le Canton de Vaud estime qu'une adaptation annuelle des objectifs n'est pas praticable. En revanche, une adaptation tous les quatre ans telle qu'évoquée par la CDS nous apparaît trop espacée pour agir efficacement sur l'évolution des coûts. Nous proposons dès lors, vu l'effet de retard inhérent au système, de prévoir, à l'instar de ce qui se fait en matière de financement hospitalier dans le Canton de Vaud, un système n – 2, de sorte que des chiffres consolidés soient disponibles. Autrement dit, les objectifs seraient adaptables tous les deux ans, sur la base des chiffres de l'année n – 2, sous réserve des cas dans lesquels une telle adaptation ne serait pas nécessaire, en raison d'une faible variation des résultats par exemple.

Accès rapide et gratuit aux données pertinentes : cet accès est indispensable pour que les cantons puissent pleinement assumer leur rôle. Le Conseil d'Etat estime indispensable de saisir l'opportunité de cette révision pour ancrer dans la LAMal, en faveur des cantons, le pendant à l'article prévu pour la Confédération (art. 21 alinéa 2 du projet).

Charges administratives et financières et besoins en expertise : le projet est encore très vague et mériterait d'être complété sur ces aspects, tant il est vrai que tout ne peut pas être délégué au niveau des ordonnances d'exécution. Le rapport d'analyse d'impact devrait constituer une base de travail intéressante à ce propos. Il est essentiel que les cantons, par le biais de la CDS, soient associés le moment venu à ces travaux complémentaires, y compris concernant les conséquences pour les cantons et les conséquences économiques du projet (voir infra in fine).

Mesures correctives : le Conseil fédéral propose deux variantes : une potestative, et l'autre obligatoire pour les cantons, lorsqu'ils constatent que les objectifs fixés en matière de coûts ont été dépassés. La variante obligatoire peut paraître séduisante et permettre aux cantons de justifier leur intervention auprès des partenaires tarifaires parce que la loi les y contraint. Cette variante serait en outre politiquement moins risquée pour les cantons. De plus, elle favoriserait une concurrence plus saine entre les cantons, évitant ainsi qu'un canton freine le développement de ses hôpitaux, alors que le canton voisin prendrait la décision inverse. Cependant, la réalité des spécificités cantonales fait que la version potestative tend à avoir la préférence du Canton de Vaud, qui pourrait ainsi moduler ses interventions cas échéant. Une option médiane pourrait être la variante obligatoire avec des possibilités d'aménagement, dans des cas dûment répertoriés, tels que des difficultés d'approvisionnement pour le canton concerné.

Premier point de contact : cette idée est intéressante et peut être particulièrement utile pour le suivi des assurés polymorbides et des malades chroniques en particulier, en complément aux projets d'informatisation des dossiers médicaux en cours dans notre canton, dont le DEP (dossier électronique du patient), et le PSP (plan de médication partagé). Est à saluer le fait que le projet prévoit de confier la gestion et le suivi de ce premier point de contact aux cantons, ce qui peut ainsi éloigner des assureurs la tentation d'utiliser cet instrument pour faire de la sélection des risques.

Comme la CDS, nous espérons cependant que les aménagements proposés par le Conseil fédéral éviteront le dépôt d'un référendum et le rejet du projet par crainte du retour par la petite porte du système du gate keeping tel que rejeté en votation populaire en 2012.

De plus, il incombera au Conseil fédéral de veiller à ce que la mise en œuvre du point de contact ne génère pas de charge administrative excessive pour les cantons, ni de tracasseries supplémentaires pour les fournisseurs de prestations intéressés à figurer sur la liste cantonale.

Finalement, afin d'éviter les incitations négatives, nous proposons au Conseil fédéral d'analyser l'opportunité d'adapter le forfait per capita en fonction du profil des patients pris en charge.

Renforcement des soins coordonnés : le Canton de Vaud salue tout particulièrement le renforcement proposé par le projet. En effet, notre canton s'est engagé résolument dans cette voie depuis plusieurs années, qu'il s'agisse du renforcement du rôle des régions dans la réponse à l'urgence et l'organisation de la garde médicale, des pôles santé, des pharmacies d'interface, du projet Mocca (projet pilote qui vise à mettre en place pour la médecine de famille une nouvelle organisation propre à améliorer, notamment, la continuité des soins, la prévention, la promotion de la santé et d'intégrer des éléments sociaux dans la prise en charge médicale), ou encore de la création des IPS (infirmiers praticiens spécialisés, appartenant à la famille des APN ; IPA en français, notamment p. 30 du rapport explicatif) et de la mise en place d'un master spécifique propre à les former. La première volée vient d'achever sa formation.

Il est en revanche regrettable que le projet ne franchisse pas un pas supplémentaire : l'affranchissement des « APN/IPS » de la tutelle du médecin. Ne pas permettre à ces personnes de pleinement déployer les compétences acquises lors de leur formation, y compris pour des activités diagnostiques, les restreint et empêche également le modèle de pleinement remplir son office, y compris en lien avec la pénurie à brève échéance des médecins de famille.

Pour le reste, est en particulier digne d'être salué le fait que ce volet ne repose pas principalement sur les assureurs tant il est vrai que par ce biais, l'expérience a démontré qu'ils sont tentés de pratiquer une sélection des bons risques (expérience avec le diabète en particulier).

Il nous semble en revanche important, non seulement de laisser une marge de manœuvre aux cantons comme relevé à juste titre par la CDS, mais également de prendre en considération la réalité du terrain. En effet, même dans les cas où la Confédération est appelée à « jouer le rôle principal » selon les termes de la CDS, si l'on veut que réseaux et programmes déploient les effets escomptés, cela requiert beaucoup d'engagement et de travail de conviction, coordination, accompagnement et suivi. Faute de quoi, les projets risquent de s'enliser très vite (voir infra « réseau de soins coordonnés »).

Réseau de soins coordonnés : comme relevé ci-dessus, la Confédération, lorsqu'elle relève (p. 45 du rapport explicatif) que la mise en place d'un tel réseau incombe aux fournisseurs de prestations, « le cas échéant avec le soutien organisationnel des cantons, des communes ou des assureurs », semble méconnaître la force de conviction et l'énergie qu'il faut déployer à l'égard des partenaires pour mettre en œuvre de tels modèles. Concernant les assureurs, la vigilance devra être de mise pour éviter que ledit réseau soit utilisé à des fins de sélection des risques.

Vu que le projet prévoit que le réseau sera sous la responsabilité d'un médecin, il s'agira pour le Conseil fédéral, au niveau de la réglementation d'exécution, de prévoir des incitatifs suffisamment forts pour motiver les médecins à s'investir dans une telle fonction.

Par souci de cohérence avec l'ensemble du dispositif LAMal et à l'instar de ce que cette loi prévoit pour les autres fournisseurs de prestations et institutions, nous demandons d'expressément mentionner dans la LAMal que l'admission des réseaux de soins coordonnés relève de la compétence des cantons, à l'instar de celle des autres fournisseurs de prestations.

Le Canton de Vaud espère en outre que le Conseil fédéral, lors de l'élaboration de la réglementation d'exécution, n'interviendra pas trop dans le détail, faute de quoi il n'y aurait plus place pour la créativité et l'esprit d'innovation. Si le système est trop lourd et complexe, il risque d'être dissuasif pour les acteurs de la santé concernés.

Programmes de prise en charge : nous ne sommes pas convaincus que confier le cadre et la mise en œuvre de ces programmes à la Confédération soit le garant de plus d'efficience. Les processus prévus nous semblent en outre lourds. Comme pour les réseaux, sans une forte impulsion des cantons, mais aussi la prise en considération des spécificités des régions concernées, de tels projets ont peu de chances de s'implanter durablement. De plus, pour bien fonctionner, il sera important que ces programmes se développent en cohérence avec les réseaux existants dans les cantons.

Dans le rapport explicatif (p. 30), il est fait référence à des programmes de « disease management » pour les patients atteints de maladies chroniques. Il nous semble important ici de ne pas faire abstraction de l'articulation entre les domaines de la santé et du social.

Quant aux programmes liés à la prévention et à la promotion de la santé, notre canton salue leur mention (p. 50 du rapport notamment). S'il est compréhensible que le Conseil fédéral doive limiter le remboursement de telles prestations par l'AOS, il nous semble opportun de revoir la formulation dans le rapport explicatif, afin que celle-ci ne limite pas trop la marge de manœuvre du Conseil fédéral et des acteurs concernés et leur laisse la place pour prendre en considération des situations inédites mais s'inscrivant parfaitement dans l'esprit de la présente révision.

Participation aux coûts et grossesse : notre canton partage le souci du Conseil fédéral de vouloir rétablir l'égalité de traitement entre les assurées. Le projet proposé ne va cependant pas assez loin, et il nous semble important de saisir cette opportunité pour, comme demandé par la CDS, faire un pas de plus et étendre cette égalité à toutes les femmes enceintes quel que soit le stade de leur grossesse.

En procédant à cette modification, il serait donné suite à l'initiative cantonale Anne-Laure Botteron et consorts – « Pour que les fausses couches, les grossesses non évolutives et les grossesses extra-utérines soient remboursées », initiative acceptée par le Grand Conseil du Canton de Vaud le 3 mars 2020 (18_INI_008).

L'article 64, alinéa 7 lettre b LAMal doit donc être révisé de sorte qu'il ne fasse plus référence à la 13^{e} semaine de grossesse, et que l'intégralité des prestations soit remboursée, sans participation financière de la part des personnes concernées, et ce dès qu'une grossesse est médicalement établie. L'argument du législateur repris par le Tribunal fédéral (arrêt du 23 avril 2018 ATF 144 V 184 ss, consid. 5.2) selon lequel éliminer la référence à la 13e semaine reviendrait à générer un supplément de travail administratif pour les caisses maladie ne peut pas justifier le maintien de cette inégalité. C'est d'ailleurs à contre coeur que le Tribunal fédéral s'était rallié audit argument, rappelant au passage qu'il n'est pas habilité à modifier une disposition légale fédérale, même si elle peut prêter comme en l'espèce le flanc à la critique.

Conséquences pour les cantons : dans le rapport explicatif (chap. 6.5.2 p. 90), la Confédération estime que des ressources et des postes supplémentaires lui seront nécessaires pour mener à bien la mise en œuvre de ce projet. Concernant les conséquences pour les cantons, elle conclut nous semble-t-il un peu vite que ces conséquences ne seront qu'indirectes. Or, la mise en oeuvre et le suivi des mesures prévues par la présente révision requerront des ressources qu'il est difficile d'estimer. Il suffit de voir dans notre canton le temps, l'énergie, les ressources, organisations et moyens financiers mis en place pour encourager par exemple la création et l'implantation de structures régionales en lien avec la réponse à l'urgence. Il en va de même de la formation et de l'intégration progressive dans le système, d'un nouveau corps de métier tel que celui des IPS, qui a suscité dans un premier temps moult résistances qu'il a fallu vaincre.

Ce chapitre du rapport et le suivant, relatif aux conséquences économiques, pourront être affinés en collaboration avec la CDS, sur la base du rapport d'analyse d'impact fourni le moment venu par le SECO.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente, dont nous vous souhaitons bonne réception et vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE	LE CHANCELIER
Nuria Gorrite	Vincent Grandjean

Annexe
- Tableau de synthèse du Canton de Vaud

Copies
- OAE
- Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch et gever@bag.admin.ch en versions word et pdf

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation	: Conseil d'Etat du Canton de Vaud, représenté par le Département de la santé et des affaires sociales, Direction générale de la santé
Abréviation de la société / de l'organisation	: DSAS et DGS
Adresse	: Bâtiment administratif de la Pontaise, avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne
Personne de référence	: Carmen Grand, unité juridique de la DGS
Téléphone	: +41 21 316 42 08
Courriel	: carmen.grand@vd.ch
Date	: 26 octobre 2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ 3

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ 4

Autres propositions ____ 7

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ 9

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
Vaud	Le projet de révision mérite globalement d'être salué, tant il est vrai qu'il vise d'une part à maîtriser les coûts de la santé, et de répondre tant aux soucis du Canton de Vaud que de ses habitants, également contribuables et assurés, mais aussi que pour y parvenir, le projet donne de réelles compétences aux cantons.
Vaud	Le Canton de Vaud partage et fait également sien, de manière générale, l'avis émis par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, sous réserve des éléments suivants: p. 24 du rapport (premier point de contact: idée intéressante et utile pour les polymorbides en particulier). Nous espérons cependant que cela ne fera pas capoter le projet, vu le rejet massif par le peuple du système du gate keeping en 2012.
Vaud	p. 44 du rapport, l'analyse d'impact concernant la régulation proposée sera effectuée par le SECO et fournie au CF avec les résultats de la procédure de consultation. Nous pensons que les cantons, en tant que véritables partenaires de la Confédération, également impactés par la mise en place de dite régulation, devront également bénéficier de dite analyse, à leur transmettre par le biais de la CDS.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
Vaud	21	1		Pour exercer leurs compétences, il est essentiel que les cantons puissent aussi accéder **directement** aux données non seulement des assureurs (ce que la CDS demande déjà sous ch. 2, p. 2), mais également des fournisseurs. Nous demandons dès lors que l'article 21 alinéa 1 soit complété dans le sens proposé ici. De la sorte, les cantons pourront obtenir directement les données nécessaires à l'accomplissement des tâches qui leur incombent, à l'instar de la Confédération.	Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'OFSP **et aux cantons** les données dont ~~celui-ci~~ **ceux-ci ont** besoin pour accomplir les tâches que la présente loi ~~lui~~ **leur** assigne.
Vaud**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**	36b	3		En cohérence avec l'ensemble du dispositif LAMal, les « réseaux de soins coordonnés » devraient être « admis » par les cantons pour pouvoir exercer à charge de l'AOS. L'article 36b fixe les conditions d'admission (cf. alinéa 3), mais ne dit pas qui est chargé de les vérifier. Cet article doit être complété dans ce sens. Il serait également opportun de rajouter dans le rapport explicatif que le canton siège est celui où exerce le médecin qui dirige le réseau..	3 (nouveau) Le canton siège du réseau de soins coordonnés est compétent pour octroyer l'admission après en avoir vérifié les conditions. Celles-ci portent sur: a. (le reste inchangé)
Vaud	36b	3	b	Finalement, afin de permettre de lever quelque peu la tutelle des médecins sur le personnel spécialisé, en particulier les IPS, il est proposé de compléter la lettre b de cette disposition.	b. Le personnel spécialisé dont le réseau doit disposer**, ainsi que leurs compétences et responsabilités respectives**
Vaud	40a			Ce n'est qu'en lisant le rapport explicatif que l'on comprend que le point de premier contact pourra facturer séparément des prestations pour les personnes malades (p. 95) et que le forfait peut couvrir des prestations LAMal et non LAMal (p. 71). Vu le manque de clarté tant du texte de loi que du rapport, il est difficile d'évaluer la proposition	

				de forfait. Nous remercions dès lors le Conseil fédéral de bien vouloir préciser ces éléments lorsqu'il remettra l'ouvrage sur le métier avec les cantons, une fois en possession du rapport du SECO.	
Vaud	40c	4		Préciser dans le rapport explicatif que ces prestations peuvent aussi inclure des prestations de promotion et de prévention de la santé.	
Vaud	54 à 54c			Le projet prévoit une adaptation annuelle des objectifs de coûts, ainsi qu'un examen annuel des résultats. La CDS estime que ce délai est trop court et plaide pour un horizon de 4 ans (ch. 1 p. 2). Un tel horizon temporel semble cependant excessif. Nous préconisons dès lors un système n – 2, à l'image de celui qui est utilisé pour les hôpitaux. Nous renvoyons pour le reste au courrier du Conseil d'Etat.	
Vaud				Contrairement au CF (v. p. 47 du rapport du CF), nous pensons que les objectifs en matière de coûts doivent se rapporter aux fournisseurs de prestations dans un canton et inclure tous les assurés traités par ceux-ci, quel que soit le canton dans lequel ils résident (principe du canton où se situent les fournisseurs de prestations), et non se référer aux assurés domiciliés dans un canton, quel que soit le canton dans lequel ils sont traités par les fournisseurs (principe du canton de résidence des assurés).	
Vaud	64	7	b	Nous saluons le souci du Conseil fédéral de vouloir rétablir l'égalité de traitement entre les assurées et saisissons cette opportunité pour proposer que cette égalité soit étendue à toutes les femmes enceintes quel que soit le stade de leur grossesse.	7 L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes: c. prestations visées aux art. 25, 25a, 27, 28 et 30 qui sont fournies ~~à partir de la 13e semaine de~~ **pendant la**

					grossesse, pendant l'accouchement [le reste inchangé]
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation			

de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			

Conseil d'Etat
Staatsrat

CP 478, 1951 Sion

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

P.P. CH-1951 Sion

Poste CH SA

Eidgenössisches Departement des Innern
EDI
Herr Alain Berset, Bundesrat
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

Unsere Ref. EWK / vf / cbm

Datum

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als direkter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)": Stellungnahme des Kantons Wallis

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen, dass Sie uns am 19. August 2020 eingeladen haben, zur Vorlage betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) und somit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen" Stellung zu nehmen.

Grundsätzlich unterstützen wir die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die mit unseren Argumenten grösstenteils übereinstimmt.

Allgemeine Bemerkungen

Der Kanton Wallis begrüsst die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und kann die im Massnahmenpaket 2 vorgeschlagenen Massnahmen mehrheitlich unterstützen. Als zentrale Akteure in der Gesundheitsversorgung sind die Kantone bereit, zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen einen Beitrag zu leisten.

Wie bereits bei der Beurteilung des ersten Massnahmenpakets hervorgehoben, ist es unerlässlich, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten. Während dies bei der Stärkung der koordinierten Versorgung gegeben ist, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe stark davon ab, wie sie umgesetzt wird. Die Einführung einer Erstberatungsstelle wird vom Kanton Wallis abgelehnt, da wir keine zusätzliche Kosteneinsparung und auch keinen Mehrnutzen für die Patienten erkennen können.

Aus diesem Grund sollte aus unsere Sicht vor allem die Massnahme "Stärkung der koordinierten Versorgung" prioritär weiterverfolgt werden. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

1. Zielvorgabe

Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahme, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Die Kantone erhalten ein Instrument, im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch zu beurteilen sind allerdings der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer umsetzbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen.

Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme:

1. **Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel.** Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele sollte auch eine Mehrjahresplanung (mit rollender Planung) ins Auge gefasst werden.

2. **Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten.** Da in Art. 21 E-KVG das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen. Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.

3. **Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten.** Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden "unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone", insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.

4. **Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen** sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.

5. **Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von "Silos der Leistungserbringergruppen" und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken** und innovative Kooperationsansätze (z. B. "ambulant vor stationär") eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht "übergeordnet" wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen Stärkung der koordinierten

Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Der Kanton Wallis besteht deshalb darauf, dass – im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags – mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Kanton Wallis ganz klar für eine Kann-Regelung aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Der Kanton Wallis kann die Argumente für eine Umsetzung nach dem Wohnkantonprinzip der Versicherten, aber auch die Argumente für eine Umsetzung nach dem Standortprinzip nachvollziehen, sieht jedoch bei beiden Varianten grosse Probleme in der Umsetzung. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. Das Wohnortprinzip bedeutet auch einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(-kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Für das Wohnortprinzip spricht allerdings, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgen. Es besteht jedoch ein grosses Risiko, dass Kantone, die ihre innerkantonalen Hospitalisierungen im Griff haben, bestraft werden, weil deren Patienten sich ausserkantonal behandeln lassen. Der Kanton kann ausserkantonale Hospitalisierungen nicht steuern, da es in der Schweiz die freie Spitalwahl gilt. **Der Bund müsste den Kantonen auch ein Mittel zur Limitierung von ausserkantonalen Hospitalisierungen zur Verfügung stellen,** um insbesondere die teilweise hohe Anzahl an Hospitalisierungen in Privatkliniken zu steuern. Hervorzuheben ist ebenfalls, dass die Kosten im stationären und ambulanten Bereich nicht aufgrund von (hohen) Tarifen wachsen, sondern vielmehr aufgrund der stetig steigenden Fallzahlen. Mit einer Beschränkung von Fallzahlen könnten die Kosten besser in den Griff bekommen und ausserdem auch oftmals unnötige Interventionen verhindert werden.

Der Kanton Wallis favorisiert demnach das Wohnortprinzip, jedoch nur für Behandlungen innerhalb der Kantonsgrenzen, da einerseits Daten zu ausserkantonalen Behandlungen fehlen und diese mit den jetzigen Steuerungsinstrumenten nur schwer bis gar nicht steuerbar oder korrigierbar sind.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 54 Abs. 1 in die alleinige Kompetenz des Bundesrates fallen. **Es ist daher notwendig, jeden einzelnen Kanton angemessen bei dieser Teilschrift mit einzubeziehen.** Dank der spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 54 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

2. Erstberatungsstelle

Der Kanton Wallis ist gegen eine Einführung einer Erstberatungsstelle, da im Jahr 2018 bereits gut 70 % der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit wählten. Mit der Einführung einer Erstberatungsstelle würde man sich auf die verbleibenden 30 % der Bevölkerung konzentrieren. Auch in Bezug auf die folgenden Punkte kann sich der Kanton Wallis nicht für die Schaffung einer Erstberatungsstelle aussprechen:

- **Die Einführung der Erstberatungsstelle kann dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden.** Diese Gefahr besteht, da der Patient und die Patientin, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.

- **Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen bringt eine mögliche Risikoselektion mit sich.** Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen.

- **Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen:** Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Der Kanton Wallis fordert daher den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.

- **Die Einführung einer Erstberatungsstelle bedeutet eine erneute Mehrbelastung der Kantone.** Es ist zweifelhaft, ob eine schlanke und unbürokratische Lösung überhaupt möglich ist.

- **Die Einführung einer Erstberatungsstelle würde eine Kürzung der Prämienrabatte für 70 % der Bevölkerung zur Folge haben.** Da es bei diesem Punkt ausschliesslich darum geht, 30 % der Bevölkerung einer Erstberatungsstelle zu unterwerfen, weil sie bis jetzt keine Versicherungsform mit eingeschränkter Wahlfreiheit gewählt haben, würden 70 % der Bevölkerung mit einer Kürzung der Prämienrabatte bestraft werden. Dieses Verhältnis erscheint uns daher fragwürdig.

3. Koordinierte Versorgung stärken

Der Kanton Wallis teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Er unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung von Programmen der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits. Daher ist es nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme möchte der Kanton Wallis auf folgende Umsetzungsfragen hinweisen, die vermutlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden müssten:

- **Koordinationsaufwand:** Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.

- **Zulassungsvoraussetzungen:** Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraus-setzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse "Einflussnahme" des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.

- **Festsetzung Tarife:** Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Weitere Massnahmen

4.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Der Kanton Wallis begrüsst die vorgeschlagene Regelung.

4.2 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mit-teln und Gegenständen

Der Kanton Wallis begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

4.3 Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint dem Kanton Wallis als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der Spezialitätenliste, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

4.4 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Der Kanton Wallis kann die Bedenken nachvollziehen, dass unrealistisch tiefe Referenztarife, die aktuell in einigen Kantonen gelten, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. **Die Orientierung am niedrigsten Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital**, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint uns deshalb angemessen und könnte so auch unnötige ausserkantonale Hospitalisierungen verhindern. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert die GDK einen angemessenen Einbezug der Kantone.

Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden.

4.5 Elektronische Rechnungsübermittlung

Der Kanton Wallis begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

5. Massnahmen in der Invalidenversicherung

Der Kanton Wallis hat keine Anmerkungen dazu.

6. Weitere Anpassungen

6.1 Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen

Der Kanton Wallis begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll. Wenn man jedoch der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

7. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend möchten wir festhalten, dass der Kanton Wallis das Massnahmenpaket 2 grundsätzlich unterstützt, wobei die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung liegt. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe bedarf die Vorlage aber eine weitere Anpassung resp. Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft.

Wir danken Ihnen für die eingeräumte Gelegenheit zur Stellungnahme und hoffen auf Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Staatsrats

Der Präsident	Der Kanzler
Christophe Darbellay	**Philipp Spörri**

Anhang Formular
Kopie an tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Conseil d'Etat
Staatsrat
CP 478, 1951 Sion

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

2020.04919

P.P. CH-1951 Sion
Poste CH SA

Eidgenössisches Departement des Innern
EDI
Herr Alain Berset, Bundesrat
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

Unsere Ref. EWK / vf / cbm

Datum 18. Nov. 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als direkter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)": Stellungnahme des Kantons Wallis

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen, dass Sie uns am 19. August 2020 eingeladen haben, zur Vorlage betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) und somit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen" Stellung zu nehmen.

Grundsätzlich unterstützen wir die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die mit unseren Argumenten grösstenteils übereinstimmt.

Allgemeine Bemerkungen

Der Kanton Wallis begrüsst die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und kann die im Massnahmenpaket 2 vorgeschlagenen Massnahmen mehrheitlich unterstützen. Als zentrale Akteure in der Gesundheitsversorgung sind die Kantone bereit, zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen einen Beitrag zu leisten.

Wie bereits bei der Beurteilung des ersten Massnahmenpakets hervorgehoben, ist es unerlässlich, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten. Während dies bei der Stärkung der koordinierten Versorgung gegeben ist, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe stark davon ab, wie sie umgesetzt wird. Die Einführung einer Erstberatungsstelle wird vom Kanton Wallis abgelehnt, da wir keine zusätzliche Kosteneinsparung und auch keinen Mehrnutzen für die Patienten erkennen können.

Aus diesem Grund sollte aus unsere Sicht vor allem die Massnahme "Stärkung der koordinierten Versorgung" prioritär weiterverfolgt werden. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

1. Zielvorgabe

Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahme, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Die Kantone erhalten ein Instrument, im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch zu beurteilen sind allerdings der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer umsetzbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen.

Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme:

1. **Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel.** Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele sollte auch eine Mehrjahresplanung (mit rollender Planung) ins Auge gefasst werden.

2. **Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten.** Da in Art. 21 E-KVG das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen. Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.

3. **Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten.** Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden "unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone", insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.

4. **Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen** sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.

5. **Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von "Silos der Leistungserbringergruppen" und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken** und innovative Kooperationsansätze (z. B. "ambulant vor stationär") eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht "übergeordnet" wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen

Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Der Kanton Wallis besteht deshalb darauf, dass – im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags – mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Kanton Wallis ganz klar für eine Kann-Regelung aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Der Kanton Wallis kann die Argumente für eine Umsetzung nach dem Wohnkantonprinzip der Versicherten, aber auch die Argumente für eine Umsetzung nach dem Standortprinzip nachvollziehen, sieht jedoch bei beiden Varianten grosse Probleme in der Umsetzung. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. Das Wohnortprinzip bedeutet auch einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(-kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Für das Wohnortprinzip spricht allerdings, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgen. Es besteht jedoch ein grosses Risiko, dass Kantone, die ihre innerkantonalen Hospitalisierungen im Griff haben, bestraft werden, weil deren Patienten sich ausserkantonal behandeln lassen. Der Kanton kann ausserkantonale Hospitalisierungen nicht steuern, da es in der Schweiz die freie Spitalwahl gilt. **Der Bund müsste den Kantonen auch ein Mittel zur Limitierung von ausserkantonalen Hospitalisierungen zur Verfügung stellen,** um insbesondere die teilweise hohe Anzahl an Hospitalisierungen in Privatkliniken zu steuern. Hervorzuheben ist ebenfalls, dass die Kosten im stationären und ambulanten Bereich nicht aufgrund von (hohen) Tarifen wachsen, sondern vielmehr aufgrund der stetig steigenden Fallzahlen. Mit einer Beschränkung von Fallzahlen könnten die Kosten besser in den Griff bekommen und ausserdem auch oftmals unnötige Interventionen verhindert werden.

Der Kanton Wallis favorisiert demnach das Wohnortprinzip, jedoch nur für Behandlungen innerhalb der Kantonsgrenzen, da einerseits Daten zu ausserkantonalen Behandlungen fehlen und diese mit den jetzigen Steuerungsinstrumenten nur schwer bis gar nicht steuerbar oder korrigierbar sind.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 54 Abs. 1 in die alleinige Kompetenz des Bundesrates fallen. **Es ist daher notwendig, jeden einzelnen Kanton angemessen bei dieser Teilschrift mit einzubeziehen.** Dank der spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 54 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

2. Erstberatungsstelle

Der Kanton Wallis ist gegen eine Einführung einer Erstberatungsstelle, da im Jahr 2018 bereits gut 70 % der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit wählten. Mit der Einführung einer Erstberatungsstelle würde man sich auf die verbleibenden 30 % der Bevölkerung konzentrieren. Auch in Bezug auf die folgenden Punkte kann sich der Kanton Wallis nicht für die Schaffung einer Erstberatungsstelle aussprechen:

- **Die Einführung der Erstberatungsstelle kann dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden.** Diese Gefahr besteht, da der Patient und die Patientin, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die

adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.

- **Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen bringt eine mögliche Risikoselektion mit sich.** Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen.

- **Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen:** Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Der Kanton Wallis fordert daher den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.

- **Die Einführung einer Erstberatungsstelle bedeutet eine erneute Mehrbelastung der Kantone.** Es ist zweifelhaft, ob eine schlanke und unbürokratische Lösung überhaupt möglich ist.

- **Die Einführung einer Erstberatungsstelle würde eine Kürzung der Prämienrabatte für 70 % der Bevölkerung zur Folge haben.** Da es bei diesem Punkt ausschliesslich darum geht, 30 % der Bevölkerung einer Erstberatungsstelle zu unterwerfen, weil sie bis jetzt keine Versicherungsform mit eingeschränkter Wahlfreiheit gewählt haben, würden 70 % der Bevölkerung mit einer Kürzung der Prämienrabatte bestraft werden. Dieses Verhältnis erscheint uns daher fragwürdig.

3. Koordinierte Versorgung stärken

Der Kanton Wallis teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Er unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung von Programmen der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits. Daher ist es nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme möchte der Kanton Wallis auf folgende Umsetzungsfragen hinweisen, die vermutlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden müssten:

- **Koordinationsaufwand:** Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.

- **Zulassungsvoraussetzungen:** Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraus-setzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46

Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse "Einflussnahme" des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.

- **Festsetzung Tarife:** Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Weitere Massnahmen

4.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Der Kanton Wallis begrüsst die vorgeschlagene Regelung.

4.2 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mit-teln und Gegenständen

Der Kanton Wallis begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

4.3 Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint dem Kanton Wallis als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der Spezialitätenliste, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

4.4 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Der Kanton Wallis kann die Bedenken nachvollziehen, dass unrealistisch tiefe Referenztarife, die aktuell in einigen Kantonen gelten, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. **Die Orientierung am niedrigsten Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital**, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint uns deshalb angemessen und könnte so auch unnötige ausserkantonale Hospitalisierungen verhindern. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert die GDK einen angemessenen Einbezug der Kantone.

Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden.

4.5 Elektronische Rechnungsübermittlung

Der Kanton Wallis begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

5. Massnahmen in der Invalidenversicherung

Der Kanton Wallis hat keine Anmerkungen dazu.

6. Weitere Anpassungen

6.1 Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen

Der Kanton Wallis begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll. Wenn man jedoch der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

7. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend möchten wir festhalten, dass der Kanton Wallis das Massnahmenpaket 2 grundsätzlich unterstützt, wobei die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung liegt. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe bedarf die Vorlage aber eine weitere Anpassung resp. Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft.

Wir danken Ihnen für die eingeräumte Gelegenheit zur Stellungnahme und hoffen auf Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Staatsrats

Der Präsident

Christophe Darbellay

Der Kanzler

Philipp Spörri

Anhang Formular
Kopie an tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Wallis

Abkürzung der Firma / Organisation : VS

Adresse : 1950 Sion

Kontaktperson : Samantha Dokladny-Rey

Telefon : 027 / 606 49 23

E-Mail : samantha.dokladny-rey@admin.vs.ch

Datum : 4. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5
Weitere Vorschläge 10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 12

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VS	Insgesamt ist der Revisionsentwurf zu begrüssen, denn er zielt zwar darauf ab, die Gesundheitskosten unter Kontrolle zu halten, aber auch darauf, dass der Entwurf den Kantonen zu diesem Zweck Befugnisse einräumt.
VS	Der Kanton Wallis teilt und schliesst sich im Allgemeinen der Meinung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren an, vorbehaltlich der folgenden Punkte: S. 23 des Berichts (Erstberatungsstelle: eine interessante und nützliche Idee insbesondere für Polymorbide). Wir hoffen jedoch, dass dies das Projekt angesichts der massiven Ablehnung der Managed-Care-Vorlage durch die Bevölkerung im Jahr 2012 nicht zum Scheitern bringen wird.
VS	S. 42 des Berichts wird die Regulierungsfolgenabschätzung zum Verordnungsvorschlag von der SECO durchgeführt und der RFA mit den Ergebnissen des Vernehmlassungsverfahrens zur Verfügung gestellt. Wir sind der Meinung, dass auch die Kantone als Partner des Bundes, die von der Einführung dieser Regelung ebenfalls betroffen sein werden, von dieser Analyse, die ihnen über die GDK übermittelt wird, profitieren sollten.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi	

introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VS	21			Damit die Kantone ihre Kompetenzen ausführen können, ist es unerlässlich, dass diese nicht zu den Daten der Versicherer (was das GDK bereits unter Abs. 2, S. 2 verlangt), sondern auch der Leistungserbringer direkten Zugang haben. Für die Kantone muss ein Pendant zu Artikel 21 vorgesehen werden. Variante: Artikel 21 des Entwurfs wird durch die Einfügung eines spezifischen Absatzes für die Kantone nach dem Vorbild von Absatz 2 geändert, um es den Kantonen zu ermöglichen, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des KVG erforderlichen Daten direkt zu.	
VS	36b	3		Im Einklang mit dem KVG sollten "koordinierte Versorgungsnetze" auch von den Kantonen "zugelassen" werden können, um als Leistungserbringer die OKP abrechnen zu können. Artikel 36b legt die Zulassungsvoraussetzungen fest (vgl. Absatz 3), sagt aber nicht, wer für deren Prüfung zuständig ist. Dieser Artikel muss in dieser Hinsicht ergänzt werden. Es wäre auch angebracht, im erläuternden Bericht hinzuzufügen, dass der Kanton, in dem der Arzt, der das Netzwerk betreibt, seinen Sitz hat, der Kanton ist, in dem er praktiziert.	3 (neu) Der Kanton, in dem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung seinen Sitz hat, ist nach Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen für die Zulassung zuständig. Die Bedingungen sind wie folgt: a. (der Rest bleibt unverändert)
VS	40c	4		Im erläuternden Bericht präzisieren, dass diese Leistungen auch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention umfassen können.	
VS	41	1		Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere	

				Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss dieser Artikel offener formuliert werden.	
VS	54	1		Jeder Kantone ist angemessen bei der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele miteinzubeziehen.	
VS	54 – 54c			Das Projekt sieht eine jährliche Anpassung der Kostenziele sowie eine jährliche Überprüfung der Ergebnisse vor. Die GDK hält dies für einen zu kurzen Zeitrahmen und plädiert für einen 4-Jahres-Horizont (Kap. 1 S. 2). Ein solcher Zeithorizont erscheint jedoch überzogen. Wir schlagen daher vor, dass auch eine Mehrjahresplanung ins Auge gefasst werden sollte.	
VS	54d			Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Kanton Wallis ganz klar für eine Kann-Regelung aus.	
VS				Wie im erläuternden Bericht (vgl. S. 46) und der Stellungnahme der GDK hervorzugeht, müssen sich die Kostenziele und Korrekturmassnahmen auf Versicherte mit Wohnsitz in einem Kanton beziehen (Wohnortprinzip), da die Festlegung der Krankenkassenprämien ebenfalls den Wohnsitz der Versicherten berücksichtigt. Der Kanton Wallis spricht sich daher für das Wohnortprinzip aus, aber nur für innerkantonale Behandlungen, da zu ausserkantonalen Behandlungen die entsprechenden Daten fehlen und diese nur schwer steuerbar und korrigierbar sind.	
VS	64	7	b	Der Kanton Wallis begrüsst das Anliegen des Bundesrates, eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken zu wollen. Unserer Ansicht nach wäre es jedoch angebracht, dass die Leistungen nicht erst aber der der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausgenommen werden, sondern alle Massnahmen ab dem	

				Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft gelten.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi					

introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					

Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

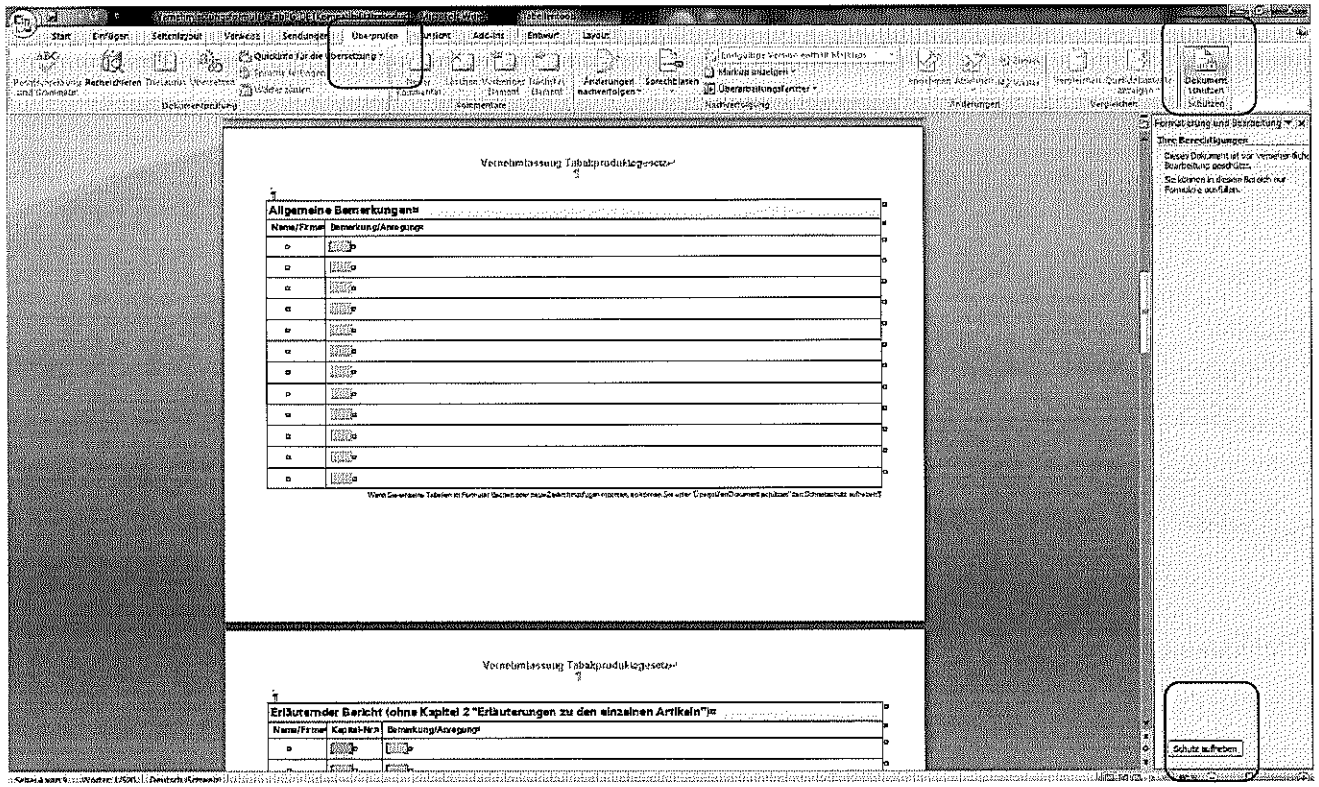
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

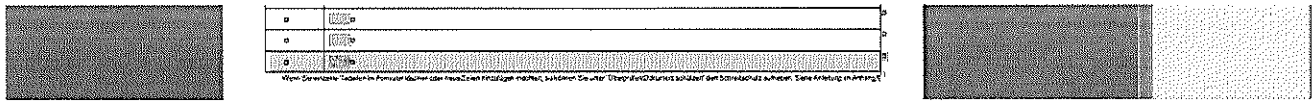
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



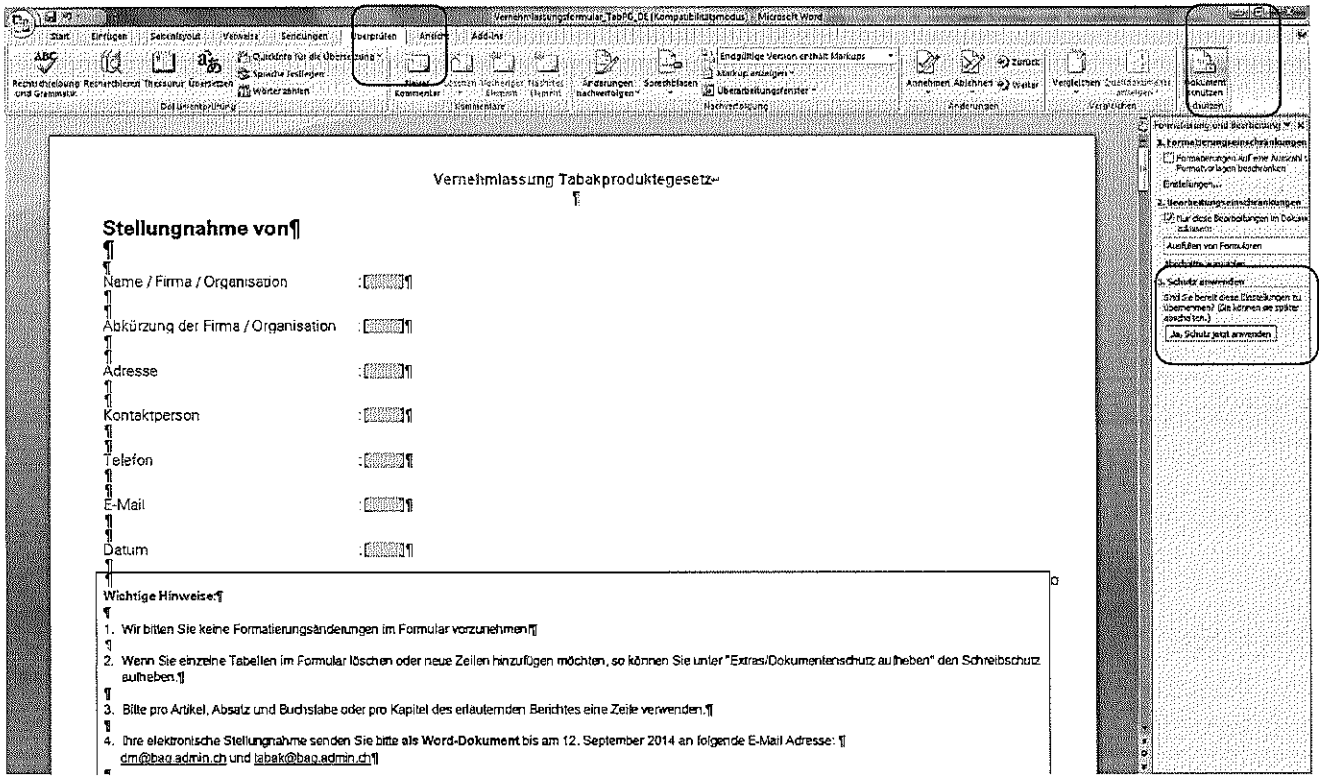
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Vernehmlassung Tabakproduktegesetz

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation :

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse :

Kontaktperson :

Telefon :

E-Mail :

Datum :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 12. September 2014 an folgende E-Mail Adresse: dm@bag.admin.ch und labak@bag.admin.ch

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Wallis

Abkürzung der Firma / Organisation : VS

Adresse : 1950 Sion

Kontaktperson : Samantha Dokladny-Rey

Telefon : 027 / 606 49 23

E-Mail : samantha.dokladny-rey@admin.vs.ch

Datum : 4. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 8

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 9

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VS	Insgesamt ist der Revisionsentwurf zu begrüssen, denn er zielt zwar darauf ab, die Gesundheitskosten unter Kontrolle zu halten, aber auch darauf, dass der Entwurf den Kantonen zu diesem Zweck Befugnisse einräumt.
VS	Der Kanton Wallis teilt und schliesst sich im Allgemeinen der Meinung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren an, vorbehaltlich der folgenden Punkte: S. 23 des Berichts (Erstberatungsstelle: eine interessante und nützliche Idee insbesondere für Polymorbide). Wir hoffen jedoch, dass dies das Projekt angesichts der massiven Ablehnung der Managed-Care-Vorlage durch die Bevölkerung im Jahr 2012 nicht zum Scheitern bringen wird.
VS	S. 42 des Berichts wird die Regulierungsfolgenabschätzung zum Verordnungsvorschlag von der SECO durchgeführt und der RFA mit den Ergebnissen des Vernehmlassungsverfahrens zur Verfügung gestellt. Wir sind der Meinung, dass auch die Kantone als Partner des Bundes, die von der Einführung dieser Regelung ebenfalls betroffen sein werden, von dieser Analyse, die ihnen über die GDK übermittelt wird, profitieren sollten.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
VS	21			Damit die Kantone ihre Kompetenzen ausführen können, ist es unerlässlich, dass diese nicht zu den Daten der Versicherer (was das GDK bereits unter Abs. 2, S. 2 verlangt), sondern auch der Leistungserbringer direkten Zugang haben. Für die Kantone muss ein Pendant zu Artikel 21 vorgesehen werden. Variante: Artikel 21 des Entwurfs wird durch die Einfügung eines spezifischen Absatzes für die Kantone nach dem Vorbild von Absatz 2 geändert, um es den Kantonen zu ermöglichen, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des KVG erforderlichen Daten direkt zu.	
VS	36b	3		Im Einklang mit dem KVG sollten "koordinierte Versorgungsnetze" auch von den Kantonen "zugelassen" werden können, um als Leistungserbringer die OKP abrechnen zu können. Artikel 36b legt die Zulassungsvoraussetzungen fest (vgl. Absatz 3), sagt aber nicht, wer für deren Prüfung zuständig ist. Dieser Artikel muss in dieser Hinsicht ergänzt werden. Es wäre auch angebracht, im erläuternden Bericht hinzuzufügen, dass der Kanton, in dem der Arzt, der das Netzwerk betreibt, seinen Sitz hat, der Kanton ist, in dem er praktiziert.	3 (neu) Der Kanton, in dem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung seinen Sitz hat, ist nach Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen für die Zulassung zuständig. Die Bedingungen sind wie folgt: a. (der Rest bleibt unverändert)
VS	40c	4		Im erläuternden Bericht präzisieren, dass diese Leistungen auch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention umfassen können.	
VS	41	1		Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere	

				Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss dieser Artikel offener formuliert werden.	
VS	54	1		Jeder Kantone ist angemessen bei der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele miteinzubeziehen.	
VS	54 – 54c			Das Projekt sieht eine jährliche Anpassung der Kostenziele sowie eine jährliche Überprüfung der Ergebnisse vor. Die GDK hält dies für einen zu kurzen Zeitrahmen und plädiert für einen 4-Jahres-Horizont (Kap. 1 S. 2). Ein solcher Zeithorizont erscheint jedoch überzogen. Wir schlagen daher vor, dass auch eine Mehrjahresplanung ins Auge gefasst werden sollte.	
VS	54d			Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich der Kanton Wallis ganz klar für eine Kann-Regelung aus.	
VS				Wie im erläuternden Bericht (vgl. S. 46) und der Stellungnahme der GDK hervorzugeht, müssen sich die Kostenziele und Korrekturmassnahmen auf Versicherte mit Wohnsitz in einem Kanton beziehen (Wohnortprinzip), da die Festlegung der Krankenkassenprämien ebenfalls den Wohnsitz der Versicherten berücksichtigt. Der Kanton Wallis spricht sich daher für das Wohnortprinzip aus, aber nur für innerkantonale Behandlungen, da zu ausserkantonalen Behandlungen die entsprechenden Daten fehlen und diese nur schwer steuerbar und korrigierbar sind.	
VS	64	7	b	Der Kanton Wallis begrüsst das Anliegen des Bundesrates, eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken zu wollen. Unserer Ansicht nach wäre es jedoch angebracht, dass die Leistungen nicht erst aber der der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausgenommen werden, sondern alle Massnahmen ab dem	

				Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft gelten.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Regierungsrat, Postfach, 6301 Zug

Nur per E-Mail
Eidgenössisches Departement
des Innern EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Zug, 17. November 2020 sa

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2); Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie den Kanton Zug eingeladen, bis am 19. November 2020 zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung Stellung zu nehmen (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2).

Gerne äussern wir uns wie folgt:

1. Allgemeine Bemerkungen

Wir begrüssen die generelle Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms. **Bei der Planung und Umsetzung der Massnahmen sind allerdings neben der kostendämpfenden Wirkung insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten.** Während eine positive Gesamtwirkung bei der Stärkung der koordinierten Versorgung plausibel ist, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe und der Erstberatungsstelle stark davon ab, wie die entsprechenden Massnahmen umgesetzt werden.

2. Zielvorgabe

Die Absicht der vorgeschlagenen Massnahme, das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen auf bestimmte Zielwerte zu verpflichten, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Kantone erhalten gleichzeitig ein Instrument in die Hand, um im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs Gegensteuer geben zu können. Die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung muss sich allerdings erst noch weisen. Insbesondere folgende Aspekte sind kritisch und bedürfen einer Überarbeitung:

- Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist aufgrund von Verzögerungseffekten und fehlenden Datengrundlagen nicht praktikabel. **Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele schlagen wir einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vor.**

- Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer haben. **Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.**

- Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen stark divergierende Schätzungen sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. **Für kleine Kantone** sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie **sind deshalb grössere Toleranzmargen zuzulassen.**

- Bei den **Analysen, Arzneimitteln sowie «Mitteln und Gegenständen»** haben die Kantone nur sehr beschränkte Einflussmöglichkeiten auf die Kostenentwicklung, da die Zulassung und die Preise auf Bundesebene bestimmt werden und die Mengen auf kantonaler Ebene nicht gezielt gesteuert werden können. Diese Kostenblöcke **sind deshalb von der Festlegung kantonaler Zielvorgaben auszunehmen**. Dies gilt umso mehr, als die Gefahr von Rationierungseffekten nicht zu vernachlässigen ist.

- Die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele würde gemäss Vorlage in die alleinige Kompetenz des Bundesrates fallen. **Wir fordern, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.**

Wir unterstützen die Ausgestaltung der Vorlage nach dem Wohnkantonsprinzip der Versicherten. Dafür spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortsprinzip folgt.

Bezüglich Korrekturmassnahmen sprechen wir uns klar für eine Kann-Regelung aus. Ein eng begleitetes Ausgabenwachstum kann in gewissen Situationen gerechtfertigt sein, wenn es beispielsweise darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken.

3. Erstberatungsstelle

Wir begrüssen das Ziel, durch die Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten einzusparen, indem Doppelspurigkeiten reduziert werden. Allerdings wird durch die Einführung einer Erstberatungsstelle die Wahlfreiheit massiv eingeschränkt. Dies liegt in der Natur dieser

Massnahme. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass die politische Akzeptanz für einen so weitreichenden Eingriff nicht vorhanden ist.

Entsprechend schlagen wir folgende Alternativen vor:

- **Die Idee des Gatekeeping wird gestützt auf die bestehenden alternativen Versicherungsmodelle der Krankenversicherer weiterverfolgt, soweit es sich dabei um echte Managed-Care-Modelle handelt. Neu hätten die Prämien dieser Modelle als Referenzwert für die Ergänzungsleistungen, die wirtschaftliche Sozialhilfe und die Prämienverbilligung zu dienen.** Mit anderen Worten: Überall dort, wo der Staat die Prämien subventioniert, soll das Gatekeeping zum Tragen kommen, und zwar unter Nutzung der bestehenden Angebote der Krankenversicherer. Wo hingegen die Versicherten selbst für die Prämien aufkommen, würde keine neue Regulierung erfolgen, sondern die freie Wahl zwischen den traditionellen und den alternativen Modellen erhalten bleiben. Eine solche Lösung hat den Vorteil, dass sie schnell und ohne komplizierten Verwaltungsapparat umgesetzt werden kann, aber gleichwohl einen massiven Schub für die gesteuerten Versorgungsmodelle bewirken würde.

Eventualiter:

- **Falls das Modell der Erstberatungsstelle gemäss Vorlage weiterverfolgt würde, sollte die Option für einen direkten Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten bleiben – unter der Bedingung, dass die Mehrkosten vollständig überwälzt werden.** Konkret könnte den Krankenversicherern erlaubt werden, ein Versicherungsmodell anzubieten, das den Zwang zur Erstberatungsstelle wegbedingt, und zwar gegen einen kostendeckenden Zuschlag auf die Prämie und/oder den Selbstbehalt und/oder die Franchise. Durch geeignete Massnahmen wäre dabei sicherzustellen, dass die Qualität der Versorgung ebenbürtig ist.

4. Koordinierte Versorgung

Wir unterstützen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung, indem diese als eigene Leistungserbringer zugelassen werden können. In Ergänzung zum vorliegenden Gesetzestext **sollen explizit auch die Kantone die Kompetenz erhalten, Netzwerke anhand der vom Bund vorgegebenen Kriterien als Leistungserbringer zuzulassen.**

5. Weitere Massnahmen

5.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Eine differenzierte Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist grundsätzlich

sachgerecht. Allerdings besteht ein übermässiger Ermessensspielraum für den Bundesrat. **Wir fordern, dass die wesentlichen Eckwerte im Gesetz fixiert werden.**

5.2 Preismodelle und Rückerstattungen

Eine Regelung für die Umsetzung von Preismodellen und Rückerstattungen ist an der Zeit, zumal sich solche Vergütungskonzepte inzwischen international durchgesetzt haben. Wir begrüssen diese Änderung, umso mehr, als damit auch ein schnellerer Zugang zu innovativen Arzneimitteln ermöglicht werden kann, der auf dem traditionellen Weg durch die teils übermässig lange Zeitspanne zwischen dem Zulassungs- und dem Vergütungsentscheid verzögert ist. **Bei Rückerstattungen muss der Kreis der Begünstigten jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen, also auch die Kantone**, soweit diese Beiträge an die Vergütung entsprechender Arzneimittel geleistet haben (beispielsweise in Form von Zusatzentgelten im stationären Bereich).

5.3 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Wir teilen die Ansicht, dass unrealistisch tiefe Referenztarife die freie Spitalwahl der Versicherten behindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die vorgesehene Regelung erscheint uns deshalb angemessen. Sie entspricht unserer Praxis.

5.4 Elektronische Rechnungsübermittlung

Wir begrüssen diese Massnahme und haben keine Anmerkungen dazu.

Besten Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Zug, 17. November 2020

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug

Stephan Schleiss
Landammann

Renée Spillmann Siegwart
stv. Landschreiberin

Kopie per E-Mail an:

- Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch (als PDF- und Word-Dokument)
- gever@bag.admin.ch (als PDF- und Word-Dokument)
- Gesundheitsdirektion (info.gd@zg.ch; PDF)
- Volkswirtschaftsdirektion (info.vds@zg.ch; PDF)
- Zuger Mitglieder der Vereinigten Bundesversammlung (PDF)
- Staatskanzlei (zur Veröffentlichung im Internet) (info.staatskanzlei@zg.ch)

Kanton Zürich
Regierungsrat

Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

11. November 2020 (RRB Nr. 1104/2020)

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2; Vernehmlassung)

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie uns Änderungen zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Wir teilen grundsätzlich die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, wie sie in deren Stellungnahme vom 23. Oktober 2020 zuhanden des Bundesamts für Gesundheit zum Ausdruck gebracht worden ist. In Ergänzung dazu äussern wir folgende Anliegen:

– Die finanziellen, personellen und administrativen Auswirkungen der Vorlage auf die Kantone sind in der vom Bund geplanten Regulierungsfolgeabschätzung eingehend zu analysieren und die Ergebnisse in der Botschaft des Bundesrates auszuweisen.
– Die vorgesehenen Koordinationszentren können dazu beitragen, dass eine betagte Person länger zu Hause leben und dadurch ein Heimeintritt vermieden oder verzögert werden kann. Es ist deshalb zu statuieren, dass den Koordinationszentren insbesondere auch Organisationen der ambulanten Pflege und Betreuung angeschlossen werden.
– Die vorgesehene Schaffung einer IV-Arzneimittelliste sollte nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung von invaliden Personen führen.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat,
die Versicherung unserer ausgezeichneten Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin: Die Staatsschreiberin:

Dr. Silvia Steiner Dr. Kathrin Arioli

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Alternative Liste Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : AL

Adresse : Molkenstrasse 21, 8004 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Hans Zaugg

Telefon : 079 750 60 59

E-Mail : hzaugg@hin.ch

Datum : 02.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **4**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
AL	Die AL begrüsst grundsätzlich, dass der Bundesrat den Willen zeigt, kostensparende Massnahmen im Gesundheitswesen umzusetzen. Die AL ist überzeugt, dass es im Gesundheitswesen Rationalisierungs- und Sparmöglichkeiten gibt, welche nicht mit einer Qualitätseinbusse für die Bevölkerung verknüpft sind (z.B. durch Stärkung von Gesundheitskompetenz; siehe unten).
AL	Die AL ist aber auch der Ansicht, dass kostensparende Massnahmen nur dann umgesetzt werden dürfen, wenn diese zu keinen sozialen Benachteiligungen, insbesondere für die vulnerabelsten und sozial schwächsten Bevölkerungsschichten, führen. Es muss sichergestellt sein, dass die Qualität der medizinischen Betreuung und Behandlung für alle Bewohnerinnen und Bewohner des Landes gleichermassen uneingeschränkt bleibt. Es muss zwingend verhindert werden, dass durch die Sparmassnahmen die Entwicklung einer Zwei- oder Mehrklassenmedizin gefördert wird.
AL	Die AL vertritt zudem die Ansicht, dass jede Form von Rationierung im Gesundheitswesen obsolet ist. Dies vor allem, weil von Rationierung erfahrungsgemäss stets die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft zuerst und am häufigsten betroffen sind.
AL	Die AL stellt sich gegen jede offene oder versteckte Form eines Globalbudgets im Gesundheitswesen, da die Einhaltung eines solchen sehr wahrscheinlich durch Leistungsverweigerung auf dem Buckel der PatientInnen und/oder durch Honorarverzicht auf dem Buckel der Leistungserbringenden ausgetragen würde. Es geht nicht an, dass – wenn ein Budget ausgeschöpft ist – Leistungen verweigert oder Vergütungen gekürzt werden.
AL	In der Revision vermisst die AL die Berücksichtigung eines für uns zentralen Pfeilers der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates, nämlich Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürger. Geringe Gesundheitskompetenz birgt die Gefahr der geringeren Teilhabe an einem Behandlungsprozess. Wir wünschen uns partizipative Entscheidungsfindungen zwischen Gesundheitsfachpersonal und Patienten. Partizipation aber bedingt Wissen. Weiter kann niedrige Gesundheitskompetenz zu schlechterem Selbstmanagement führen, was im Falle einer Erkrankung in einer intensiveren Nutzung von gesundheitlicher Versorgung resultiert. Ebenso wenig wird die pflegerische Versorgung angesprochen, die Patienten*innen insbesondere im Selbstmanagement unterstützt. Gesundheitskosten dämpfen heisst u.a. eine pflegerische Grundversorgung stärken und finanzieren.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
AL	40a	1		Die AL begrüsst die Einführung der obligatorischen Erstberatungsstelle. Bereits heute wählen viele Versicherte freiwillig ein ähnliches Modell. Dadurch werden unnötige und teure (ev. sogar gefährliche!) Doppelabklärungen und Mehrfachbehandlungen reduziert, was – ohne Verlust an Behandlungsqualität - zu Einsparungen von bis zu 10% führen kann.	
AL	40a	7	a	Die AL fordert, dass ein Wechsel der Erstberatungsstelle jederzeit und nicht nur zum Jahreswechsel erfolgen kann. Es wäre unzumutbar, wenn Versicherte, welche sich bei der gewählten Erstberatungsstelle nicht gut aufgehoben fühlen, mit einem Wechsel bis ein Jahr zuwarten müssten.	
AL	40c	1		Es ist der Bund, welcher das Obligatorium einer Erstberatungsstelle vorschreibt. Zudem werden im Rahmen der jährlichen Pauschale, mit der eine Erstberatungsstelle für ihre zusätzlichen Umtriebe entschädigt wird, keine medizinischen Leistungen im engeren Sinne erbracht. Deshalb soll diese Pauschale nicht den Krankenversicherern belastet, sondern durch den Bund mittels Steuergelder finanziert werden.	Der Bund vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.
AL	40c	4		Es ist uns wichtig, dass die Leistungserbringer sämtliche erbrachten Leistungen für die Beratung und Behandlung weiterhin vollumfänglich entsprechend dem gültigen Tarif (derzeit Tarmed) verrechnen können. Solche Tätigkeiten dürfen somit nicht in der Pauschale enthalten sein!	

AL	41a			Die Möglichkeit, sich durch zusätzliche Einschränkungen von Leistungserbringern, Prämienrabatte zu erhalten, ist unsolidarisch und bis zu einem gewissen Grad auch unsozial. Durch Prämienrabatte (im Übrigen auch Rabatte im Zusammenhang mit Wahlfranchisen, welche hier allerdings nicht zur Debatte stehen) werden dem Gesundheitssystem wichtige Gelder entzogen. Zudem werden diese Modelle primär von Jungen und Gesunden gewählt. Daneben aber auch von allen, welche sich die normale Versicherung nicht leisten können. Letztere können sich aber – im Gegensatz zu den anderen – einen Wechsel zur Normalversicherung unter Umständen auch im Krankheitsfall nicht leisten, was hochgradig unsozial ist. Aus diesen Gründen beantragt die AL, diesen Artikel ersatzlos zu streichen.	Artikel streichen
AL	52b			Ein grosses Problem unserer Gesundheitspolitik ist die absolut intransparente Preispolitik für Medikamente. Die Preisgestaltung für Medikamente erfolgt in geheimen Absprachen durch das BAG mit den Pharmaproduzenten. Es gibt für die Bevölkerung keine Kontrollmöglichkeiten, weder über das Zustandekommen noch über die tatsächliche Höhe der Arzneimittelpreise. Auch die WHO fordert in ihrer Transparenzresolution (die von der Schweiz mitunterzeichnet wurde!) mehr Transparenz im Preisfestlegungsverfahren für Medikamente. Der Artikel 52b fördert nun durch Legalisierung von völlig intransparenten und geheim ausgehandelten Preismodellen die schon jetzt bereits skandalöse Intransparenz der Preisgestaltung von Medikamenten. Deshalb beantragt die AL, diesen Artikel ersatzlos zu streichen und stattdessen Bemühungen zu unternehmen, um die auch vom Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten geforderte Transparenz herzustellen.	Artikel streichen

AL	54			Die Einführung von Kostenzielen mit Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung entspricht nichts anderem als einem Globalbudget. Ein solches birgt die Gefahr, dass auch indizierte Medizinalleistungen rationiert bzw. verweigert werden, wenn sich eine Überschreitung des Budgets abzeichnet. Solche Rationierungen treffen bevorzugt die vulnerabelste und ärmste Bevölkerungsschicht, da sie es sich im Unterschied zu den Reichen, nicht erlauben kann, die entsprechenden Leistungen dennoch (beispielsweise über Zusatzversicherungen) einzukaufen. Es darf nicht passieren, dass Leistungserbringer die Suppe auslöffeln und Leistungen «unter dem realen Preis erbringen». Ein Globalbudget führt zu einem Verlust von Behandlungsqualität welcher bevorzugt die ärmeren Schichten betrifft und wird deshalb von der AL abgelehnt.	Artikel streichen

Eidg. Departement des Inneren EDI

Geht per Mail an: Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bürgerlich-Demokratische Partei Schweiz

19. November 2020

Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherungen (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Bürgerlich-Demokratische Partei (BDP) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme in obgenannter Vernehmlassung.

Allgemeines

Die BDP ist der Ansicht, dass im Bereich der Gesundheitskosten dringender Handlungsbedarf besteht. Seit Jahren steigen die Gesundheitskosten und damit auch die Krankenkassenprämien an. Deshalb begrüsst die BDP, dass der Bundesrat mit dem zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen konkrete Massnahmen vorschlägt.

Zielvorgabe für Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Der Bundesrat stellt der Kostenbremse-Initiative der CVP mit der Zielvorgabe für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber. Die BDP begrüsst grundsätzlich, dass der Bundesrat gewillt ist, tätig zu werden. Es handelt sich um einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung.

Wir sind jedoch der Ansicht, dass der bundesrätliche Vorschlag mit seinem Kaskadenmodell und den einzelnen Kostenblöcken in der Umsetzung kompliziert und darum seine Praxistauglichkeit mindestens in Frage gestellt ist – vor allem mit dem vorgeschlagenen Jährlichkeitsprinzip.

Der Bundesrat schlägt jährliche Zielvorgaben vor, mit denen Bund und Kantone vorgeben müssen, wie stark die Kosten in den einzelnen Bereichen wachsen dürfen. Kritisch beurteilen wir einerseits die Aufteilung auf die verschiedenen Kostenblöcke, insbesondere, da dies der koordinierten und integrierten Behandlung zuwiderläuft. Besser wäre ein Zielwert über gesamte Behandlungsketten, mindestens für weit verbreitete Diagnosen. Nur so ist sichergestellt, dass beispielsweise ein Durchbruch bei der medikamentösen Behandlung von Alzheimer auch dazu führt, dass eine dadurch mögliche Reduktion der Pflegeheimkosten in die Berechnungen miteinbezogen wird. Die alleinige Sicht auf einzelne Kostenblöcke birgt unseres Erachtens die die Gefahr, dass das im Gesundheitswesen weit

verbreitete Vertreten partikularer Interessen weiter verfestigt wird. Zu einer effektiven Kostendämpfung führt aber nur die integrierte Sicht auf die Versorgungsketten und nicht die individuelle Sicht auf die jeweils betroffene Finanzierungssituation einzelner Berufsgruppen oder Institutionen.

Andererseits stellen wir die Durchführbarkeit einer jährlichen Anpassung der Zielvorgaben infrage. Dies einmal aus Gründen fehlender Datengrundlagen und dadurch möglicher Verzögerungseffekten und Unsicherheiten. Es stellt sich zudem die Frage bezüglich Aufwands und Ertrags. Gerade für kleinere Kantone dürfte dies eine nicht zu vernachlässigende administrative Belastung darstellen. Ein etwas längeres Überprüfungsintervall wäre darum unseres Erachtens zielführender.

Für den Fall einer Zielüberschreitung in den Kantonen schlägt der Bundesrat ausserdem zwei Varianten – eine Muss- sowie eine Kann-Bestimmung – für Korrekturmassnahmen vor. Die BDP ist der Ansicht, dass die Variante mit einer Kann-Formulierung zu wenig griffig und daher nicht zielführend ist. Es braucht verbindliche, dafür aber auch einfache und nachvollziehbare Vorgaben, keine Wahlmöglichkeiten, um das überbordende Wachstum der Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Der Bundesrat wird gebeten, die in der Initiative vorgeschlagenen verschiedenen objektiven Ziel- und Vergleichswerte für das Kostenwachstum nochmals zu prüfen, da diese unseres Erachtens klarer, einfacher und darum auch besser nachvollziehbar wären.

Einführung einer Erstberatungsstelle

Die BDP schätzt den Nutzen einer Erstberatungsstelle grundsätzlich als sehr positiv ein. Dennoch sind wir der Ansicht, dass eine solche nicht vom Kanton bestimmt werden sollte, sondern über besondere Versicherungsmodelle. Wir lehnen deshalb den Vorschlag in dieser Form ab. Vor allem, da heute bereits gut 70 Prozent der Versicherten in einem Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (vor allem Hausarztmodelle) versichert sind. Vielmehr sind wir der Meinung, dass die Akzeptanz und Verbreitung solcher Modelle über Anreize noch stärker gefördert werden sollten. Dabei sollten unseres Erachtens auch negative Anreize für die Wahl eines Modells ohne Einschränkungen in Betracht gezogen werden. Der Erfolg der Hausarztmodelle zeigt, dass über das Anreizsystem eine grosse Wirkung erzielt werden kann. Anstatt den Zwang zu einer Erstberatungsstelle bräuchte es unserer Ansicht eher eine Verpflichtung für alle Versicherer, auch zielführende alternative Versicherungsmodelle anzubieten.

Weiter sehen wir kritisch, dass es sich bei der Erstberatungsstelle zwingend um eine Ärztin oder einen Arzt handeln muss. Heute gibt es andere Modelle, bei welchen nicht Ärzte die primäre Erstanlaufstelle sind und welche durchaus gut funktionieren. Wir denken hier beispielsweise auch an die Apothekerinnen und Apotheker als erste niederschwellige Triagestelle.

Der besonderen Situation chronisch kranker, multimorbider und älterer Personen muss zudem Rechnung getragen werden.

Stärkung koordinierte Versorgung

Die BDP unterstützt die Stärkung der koordinierten Versorgung. Unseres Erachtens kann so eine Verbesserung der Qualität aber auch eine gesteigerte Effizienz der medizinischen Versorgung erreicht werden, was letztlich dem Patienten zugutekommt und gleichzeitig zu weniger – durchaus auch gesundheitsgefährdenden – Überbehandlungen bzw. Mehrfachuntersuchungen und somit zu weniger Kosten führt. Hier sieht die CVP insbesondere auch im Bereich der Digitalisierung eine grosse Chance für weitere Verbesserungen, die noch ungenügend eingesetzt wird. Weiter möchten wir festhalten, dass bestehende, gut funktionierende Modelle durch den bundesrätlichen Vorschlag nicht verunmöglicht werden sollten.

Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Die BDP steht einer differenzierten WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG eher kritisch gegenüber. Auftrag und Ertrag der jeweiligen Überprüfung muss verhältnismässig sein. Zudem ist es unerlässlich, dass für die einzelnen Leistungserbringer und Anbieter die Planbarkeit gewährleistet ist, um die Systemstabilität garantieren zu können. Weiter stehen wir dem alleinigen Kostengünstigkeitsprinzip eher skeptisch gegenüber. Unseres Erachtens braucht es eine ganzheitliche Betrachtung, welche beispielsweise auch qualitative Aspekte miteinschliesst. Eine Präzisierung der wesentlichen Eckwerte auf Gesetzesstufe wäre aus diesen Gründen wünschenswert.

Preismodelle

Die BDP unterstützt grundsätzlich den bundesrätlichen Vorschlag bezüglich Preismodelle, obwohl sich durchaus noch Fragen zur konkreten Ausgestaltung stellen, welche erst auf Verordnungsstufe beantwortet werden können. Wir sind klar der Meinung, dass Patientinnen und Patienten einen schnellen Zugang zu innovativen, wirksamen Medikamenten haben müssen. Dabei ist es die Aufgabe der zuständigen Behörden, den Preis so festzulegen, dass er sich insbesondere bei sehr teuren Medikamenten und Therapien am nachgewiesenen Zusatznutzen für die Patienten auch rechtfertigt.

Die BDP ist zudem einverstanden mit der Ausnahme vom Öffentlichkeitsprinzip der Höhe, Berechnung und den Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen. Obwohl die BDP der Ansicht ist, dass das Öffentlichkeitsprinzip und Transparenz äusserst wichtig sind, anerkennen wir, dass es in diesem Fall aufgrund von internationalen Gegebenheiten nützlich sein kann, bei der Preisfestsetzung innovativer Medikamente eine Ausnahme zu machen, wenn damit tiefere Medikamentenpreise erzielt werden können.

Elektronische Rechnungsübermittlung

Die BDP spricht sich dafür aus, dass sämtliche Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich verpflichtet werden, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln. Dies steigert die Effizienz sowie die Transparenz und führt letztlich zu tieferen Kosten. Wir bedauern deshalb den grossen Rückstand der Schweiz bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Was den bundesrätlichen Vorschlag angeht, ist für die BDP aber auch wichtig, dass wie vorgesehen die versicherten Personen – das betrifft vor allem Versicherte im System des «Tiers garant» – nicht zum elektronischen Empfang einer Rechnung verpflichtet werden. Dies, da weiterhin nicht die gesamte Bevölkerung Zugang, bzw. geübt im digitalen Umgang ist.

Wir danken für die Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüssen

Martin Landolt
Parteipräsident BDP Schweiz

Astrid Bärtschi
Generalsekretärin BDP Schweiz

CVP Schweiz

CVP Schweiz, Postfach, 3001 Bern

Per E-Mail:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 19. November 2020

Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur *Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)* Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Seit Jahren steigen die Krankenkassenprämien stetig und reissen ein immer grösseres Loch ins Haushaltsbudget der Schweizer Bevölkerung. Schuld daran sind die überbordenden Kosten im Gesundheitswesen. Laut Experten könnten aber bereits heute 20 Prozent der Kosten in der obligatorischen Grundversicherung oder 6 Milliarden Franken jährlich ohne Qualitätsverlust eingespart werden. Es besteht offensichtlich Handlungsbedarf.

Aus diesem Grund hat die CVP die Eidgenössische Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» lanciert und im März 2020 mit 103'761 gültigen Unterschriften eingereicht. Der Bundesrat präsentiert mit dem vorliegenden Vorentwurf auch einen indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative.

Wie oben erwähnt, ist die CVP der Ansicht, dass im Bereich der Gesundheitskosten dringender Handlungsbedarf besteht. Deshalb begrüsst die CVP auch grundsätzlich, dass der Bundesrat mit dem 2. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erneut konkrete Massnahmen vorschlägt. Zu den einzelnen Vorschlägen äussern wir uns nachfolgend.

Zielvorgabe für Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Der Bundesrat stellt der Kostenbremse-Initiative der CVP mit der Zielvorgabe für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber. Die CVP

Christlichdemokratische Volkspartei
Hirschengraben 9, Postfach, 3001 Bern
T: 031 357 33 33, F: 031 352 24 30
info@cvp.ch, www.cvp.ch, PC 30-3666-4

begrüsst grundsätzlich, dass der Bundesrat gewillt ist, tätig zu werden. Es handelt sich um einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung.

Wir sind dennoch der Ansicht, dass der bundesrätliche Vorschlag mit seinem Kaskadenmodell und den einzelnen Kostenblöcken in der Umsetzung kompliziert und darum seine Praxistauglichkeit mindestens in Frage gestellt ist – vor allem mit dem vorgeschlagenen Jährlichkeitsprinzip.

Der Bundesrat schlägt jährliche Zielvorgaben vor, mit denen Bund und Kantone vorgeben müssen, wie stark die Kosten in den einzelnen Bereichen wachsen dürfen. Kritisch beurteilen wir einerseits die Aufteilung auf die verschiedenen Kostenblöcke, insbesondere, da dies der koordinierten und integrierten Behandlung zuwiderläuft. Besser wäre ein Zielwert über gesamte Behandlungsketten, mindestens für weit verbreitete Diagnosen. Nur so ist sichergestellt, dass beispielsweise ein Durchbruch bei der medikamentösen Behandlung von Alzheimer auch dazu führt, dass eine dadurch mögliche Reduktion der Pflegeheimkosten in die Berechnungen miteinbezogen wird. Die alleinige Sicht auf einzelne Kostenblöcke birgt unseres Erachtens die die Gefahr, dass das im Gesundheitswesen weit verbreitete Vertreten partikularer Interessen weiter verfestigt wird. Zu einer effektiven Kostendämpfung führt aber nur die integrierte Sicht auf die Versorgungsketten und nicht die individuelle Sicht auf die jeweils betroffene Finanzierungssituation einzelner Berufsgruppen oder Institutionen.

Andererseits stellen wir die Durchführbarkeit einer jährlichen Anpassung der Zielvorgaben infrage. Dies einmal aus Gründen fehlender Datengrundlagen und dadurch möglicher Verzögerungseffekten und Unsicherheiten. Es stellt sich zudem die Frage betreffend Aufwand und Ertrag. Gerade für kleinere Kantone dürfte dies eine nicht zu vernachlässigende administrative Belastung darstellen. Ein etwas längeres Überprüfungsintervall wäre darum unseres Erachtens zielführender.

Für den Fall einer Zielüberschreitung in den Kantonen schlägt der Bundesrat ausserdem zwei Varianten – eine Muss- sowie eine Kann-Bestimmung – für Korrekturmassnahmen vor. Die CVP ist der Ansicht, dass die Variante mit einer Kann-Formulierung zu wenig griffig und daher nicht zielführend ist. Es braucht verbindliche, dafür aber auch einfache und nachvollziehbare Vorgaben, keine Wahlmöglichkeiten, um das überbordende Wachstum der Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Der Bundesrat wird gebeten, die in der Initiative vorgeschlagenen verschiedenen objektiven Ziel- und Vergleichswerte für das Kostenwachstum nochmals zu prüfen, da diese unseres Erachtens klarer, einfacher und darum auch besser nachvollziehbar wären.

Einführung einer Erstberatungsstelle

Die CVP schätzt den Nutzen einer Erstberatungsstelle grundsätzlich als sehr positiv ein. Dennoch sind wir der Ansicht, dass eine solche nicht vom Kanton bestimmt werden sollte, sondern über besondere Versicherungsmodelle. Wir lehnen deshalb den Vorschlag in dieser Form ab. Vor allem, da heute bereits gut 70 Prozent der Versicherten in einem Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (vor allem Hausarztmodelle) versichert sind. Vielmehr sind wir der Meinung, dass die Akzeptanz und Verbreitung solcher Modelle über Anreize noch stärker gefördert werden sollten. Dabei sollten unseres Erachtens auch negative Anreize für die Wahl eines Modells ohne Einschränkungen in Betracht gezogen werden. Der Erfolg der Hausarztmodelle zeigt, dass über das Anreizsystem eine grosse Wirkung er-

zielt werden kann. Anstatt den Zwang zu einer Erstberatungsstelle bräuchte es unserer Ansicht eher eine Verpflichtung für alle Versicherer, auch zielführende alternative Versicherungsmodelle anzubieten.

Weiter sehen wir kritisch, dass es sich bei der Erstberatungsstelle zwingend um eine Ärztin oder einen Arzt handeln muss. Heute gibt es andere Modelle, bei welchen nicht Ärzte die primäre Erstanlaufstelle sind und welche durchaus gut funktionieren. Wir denken hier beispielsweise auch an die Apothekerinnen und Apotheker als erste niederschwellige Triagestelle. Die nachfolgende Steuerung im Netzwerk sollte aber aufgrund der Diagnosekompetenz bei einem Arzt oder einer Ärztin liegen. Es muss zudem sichergestellt sein, dass alle relevanten beteiligten Akteure im entsprechenden Netzwerk integriert und koordiniert sind.

Der besonderen Situation chronisch kranker, multimorbider und älterer Personen muss zudem Rechnung getragen werden.

Stärkung koordinierte Versorgung

Die CVP unterstützt die Stärkung der koordinierten Versorgung. Unseres Erachtens kann so eine Verbesserung der Qualität aber auch eine gesteigerte Effizienz der medizinischen Versorgung erreicht werden, was letztlich dem Patienten zugutekommt und gleichzeitig zu weniger – durchaus auch gesundheitsgefährdenden – Überbehandlungen bzw. Mehrfachuntersuchungen und somit zu weniger Kosten führt. Hier sieht die CVP insbesondere auch im Bereich der Digitalisierung eine grosse Chance für weitere Verbesserungen, die noch ungenügend eingesetzt wird. Weiter möchten wir festhalten, dass bestehende, gut funktionierende Modelle durch den bundesrätlichen Vorschlag nicht verunmöglicht werden sollten.

Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Die CVP spricht sich grundsätzlich für eine differenzierte WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG aus. Es ist wichtig und richtig, dass der Bundesrat diese Kompetenz hat. Auftrag und Ertrag der jeweiligen Überprüfung muss jedoch verhältnismässig sein. Zudem ist es unerlässlich, dass für die einzelnen Leistungserbringer und Anbieter die Planbarkeit gewährleistet ist, um die Systemstabilität garantieren zu können. Weiter stehen wir dem alleinigen Kostengünstigkeitsprinzip eher skeptisch gegenüber. Unseres Erachtens braucht es eine ganzheitliche Betrachtung, welche beispielsweise auch qualitative Aspekte miteinschliesst. Eine Präzisierung der wesentlichen Eckwerte auf Gesetzesstufe wäre aus diesen Gründen wünschenswert.

Preismodelle

Die CVP unterstützt grundsätzlich den bundesrätlichen Vorschlag bezüglich Preismodelle, obwohl sich durchaus noch Fragen zur konkreten Ausgestaltung stellen, welche erst auf Verordnungsstufe beantwortet werden können. Die CVP ist klar der Meinung, dass Patientinnen und Patienten einen schnellen Zugang zu innovativen, wirksamen Medikamenten haben müssen. Dabei ist es die Aufgabe der zuständigen Behörden, den Preis so festzulegen, dass er sich insbesondere bei sehr teuren Medikamenten und Therapien am nachgewiesenen Zusatznutzen für die Patienten auch rechtfertigt.

Die CVP ist zudem einverstanden mit der Ausnahme vom Öffentlichkeitsprinzip der Höhe, Berechnung und den Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen. Obwohl die CVP der Ansicht ist, dass das Öffentlichkeitsprinzip und Transparenz äusserst wichtig sind, anerkennen wir, dass es in diesem Fall aufgrund von internationalen Gegebenheiten nützlich sein kann, bei der Preisfestsetzung innovativer Medikamente eine Ausnahme zu machen, wenn damit tiefere Medikamentenpreise erzielt werden können.

Elektronische Rechnungsübermittlung

Die CVP spricht sich dafür aus, dass sämtliche Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich verpflichtet werden, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln. Der CVP ist die Förderung der Digitalisierung im Gesundheitsbereich seit langem ein wichtiges Anliegen. Dies steigert die Effizienz sowie die Transparenz und führt letztlich zu tieferen Kosten. Wir bedauern deshalb den grossen Rückstand der Schweiz bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Was den bundesrätlichen Vorschlag angeht, ist für die CVP aber auch wichtig, dass wie vorgesehen die versicherten Personen – das betrifft vor allem Versicherte im System des «Tiers garant» – nicht zum elektronischen Empfang einer Rechnung verpflichtet werden. Dies, da weiterhin nicht die gesamte Bevölkerung Zugang, bzw. geübt im digitalen Umgang ist.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüssen

CHRISTLICHDEMOKRATISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ

Sig. Gerhard Pfister
Präsident der CVP Schweiz

Sig. Gianna Luzio
Generalsekretärin CVP Schweiz

Herr Alain Berset, Bundesrat
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Per E-Mail an:
gever@bag.admin.ch
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch

Bern, 19. November 2020

Vernehmlassungsantwort zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir möchten uns für die Möglichkeit zu den Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 eine Stellungnahme einreichen zu dürfen bedanken.

Die EVP ist über die steigenden Kosten im Gesundheitswesen sehr besorgt. Die Verdreifachung der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellt viele Haushalte vor eine grosse Herausforderung. Die schweizweiten Gesundheitskosten mit einem Gesamtkostenanteil von 11,9% sowie der 70% Finanzierungsanteil, welcher von den Privathaushalten geleistet wird, sind im internationalen Vergleich hoch. Mit der individuellen Prämienverbilligung kann nicht mehr genügend korrektiv eingegriffen werden, wodurch ein ungenügender sozialer Ausgleich erfolgt.

Dass Handlungsbedarf besteht, ist klar. Allerdings fragt sich die EVP, ob die Massnahmen tiefgreifend genug sind. Wichtig ist der EVP ein holistischer Ansatz, welcher eine bestmögliche Nutzung der Fähigkeiten der unterschiedlichen Gesundheitsberufe ausmacht. Dabei stehen Qualität und Angemessenheit der Versorgung im Vordergrund. Prioritär ist für die EVP dabei die Stärkung der Grundversorgung sowie der Fokus auf die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten. Hier ist die Koordination zwischen den Berufsgruppen sowie eine interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend. Für die EVP ist zusätzlich eine klare Reduktion der medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung anzustreben. Zusätzlich ist es wichtig, dass nicht ausgeschöpftes Effizienzpotenzial ganz gezielt angegangen wird, um so die unnötig hohen Tarife und Preise zu reduzieren. Die heute geltenden Instrumente, wie zum Beispiel Globalbudgets im spitalstationären Bereich, greifen dabei zu kurz. Diese schränken zwar die kantonale Finanzierung ein, nicht jedoch die Finanzierung durch die obligatorische Krankenversicherung.

Es ist stossend, dass im Bericht die Bereiche Pflege und Betreuung kaum Erwähnung finden, insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass 74% des Gesundheitspersonals in der Pflege arbeitet. Die EVP will verhindern, dass Einsparungen auf dem Rücken des Pflegepersonals ausgetragen werden.

Würdigung der Initiative für eine Kostenbremse im Gesundheitswesen

Die EVP teilt die Ziele der Initiative. Vor dem Hintergrund der starken Kostenentwicklung sind tiefgreifende Änderungen in der Kostenstruktur der obligatorischen Krankenkassenversicherung prioritär. Der starke Kostenanstieg ist für Haushalte der Mittelklasse, für Familien mit Kindern sowie für Menschen mit wenig Einkommen schwierig zu tragen. Die Belastung der Prämienzahlenden kann in Zukunft nicht mehr so stark anwachsen, wie in den letzten Jahren. Die Initiative koppelt die Kostenbremse an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und an den Lohnindex. Allerdings sind die Faktoren, welche die Kosten beeinflussen, vielfältig. Gerade dem demographischen Wandel, ein für die EVP zentrales Thema, wird in der Initiative und im Gegenvorschlag zu wenig Rechnung getragen. Es darf auf keinen Fall sein, dass durch die Implementierung einer Kostenbremse eine de-facto Zweiklassenmedizin geschaffen wird. Wir unterstützen somit die Stossrichtung der Initiative. Eine Verfassungsänderung ist allerdings dafür nicht notwendig.

Die durch das BAG vorgeschlagenen Massnahmen werden von der EVP unterschiedlich beurteilt. Zu einzelnen Massnahmen nimmt die EVP hiermit Stellung.

1 Einführung einer Zielvorgabe

Wie oben beschrieben befürwortet die EVP grundsätzlich die Einführung von Zielvorgaben. Jedoch ist es für die EVP wichtig festzuhalten, dass die obersten Ziele unseres Gesundheitssystems Qualität, guter Zugang und Effizienz umfassen. Die Kostendämpfung ist demgegenüber als Ziel zweitrangig. Wichtig ist dabei, dass es zu keiner Rationierung kommt und dass Unter- und Fehlversorgung vermieden werden. Somit gilt es zu beachten, dass bei der Festlegung der Kostenziele auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden. Es kann nicht sein, dass die Sparmassnahmen auf Kosten der Qualität durchgeführt werden.

Die EVP fragt sich, ob das vorgeschlagene Kaskadensystem mit den vier Schritten in dem vorgeschlagenen Zeitrahmen effizient durchführbar ist. Der vorgeschlagene Ansatz ist Top-Down geplant und ist mit den verschiedenen Ebenen (Experten, Bund, Kantone, Leistungsgruppen) komplex. Allerdings ist für die EVP klar, dass eingegriffen werden muss, um mittelfristig die Kosten zu senken, die sich in einer unerklärlichen Mengenausweitung begründen. Wir fragen uns, ob kantonal formulierte Zielvorgaben der zunehmend interkantonalen Regionalisierung in der Versorgung nicht widersprechen und ob es nicht sinnvoller wäre, Kostenziele unter den Tarifpartnern zu vereinbaren. Dabei wäre es wichtig die Anreize richtig zu setzen. Solche einzelne Lösungsansätze bestehen heute bereits, werden aber nicht flächendeckend angewendet. Dies würde erlauben, eine Top-Down mit einer Bottom-up Lösung zu verbinden.

Spannend am Vorschlag des BAG ist die Einsetzung einer ausserparlamentarischen Kommission, die auf Basis eines nationalen Kostenmonitorings Kostenziele vorschlagen könnte. Diese Kommission würde die Zielerreichung evaluieren und die Hintergründe bei überdurchschnittlichem Kostenwachstum analysieren und entsprechende Massnahmen vorschlagen. Dies würde ein adäquater, zusätzlicher Druck auf die Leistungserbringer erzeugen.

Zum Schluss stellt die EVP in Frage, ob der jährliche Zyklus effizient ist. Wir gehen davon aus, dass es ca. sechs Monate brauchen wird, um alle Schritte des Kaskadenmodells durchzugehen, der Zyklus ist also ein ganzjähriger. Unseres Erachtens wäre es wichtig zu prüfen, ob eine längere Zeitspanne, z.B. drei Jahre wie für die Tarifbehandlungen, effizienter wäre.

2 Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle

Die EVP versteht die Skepsis vieler Akteuren bezüglich einer obligatorischen Erstberatungsstelle. Einige sehen diese Massnahme als Entmündigung. Der Unterschied des Vorschlages des BAG mit der jetzigen Situation ist dreifacher Natur. Erstens schlägt das BAG vor, dass die Erstberatungsstellen durch die Kantone definiert werden können. Zweitens beruht der neue Ansatz nicht mehr auf Freiwilligkeit und drittens geht der sichtbare finanzielle Ansatz für die Versicherten verloren. Die Zahlen zeigen, dass durch diese «Gatekeeping» Modelle heute 14% der Kosten gespart werden konnten. Vor dem Hintergrund, dass ca. 70% der Versicherten heute ein Versicherungsmodell gewählt haben, die eine Form der Erstberatungsstelle beinhaltet, ist die EVP durchaus offen, zu diskutieren wie und ob es allen Versicherten auferlegt werden soll. Allerdings lehnt die EVP den Vorschlag des BAG in der vorliegenden Form ab. Die Systemumstellung, weg von der Wahlfreiheit bei den Krankenkassen hin zu kantonalen Erstberatungsstellen, zerstört ein funktionierendes System, welches Innovation erlaubt und fördert. Die EVP befürwortet somit grundsätzlich ein «Gatekeeping» Modell oder eine Erstberatungsstelle, fordert aber, dass in der Vorlage folgende Punkte beachtet werden:

Oberstes Ziel der Erstberatungsstelle bleibt Qualität: Die Erstberatungsstellen sollen sich explizit primär auf das Patientenwohl konzentrieren und nicht als primäres Ziel haben, Kosten zu sparen.

Freie Arztwahl und Möglichkeit zur Zweitmeinung: Die Freiheiten der Versicherten werden mit dem Vorschlag zu stark eingeschränkt. Einige reden von der Abschaffung der freien Arztwahl. Es ist unerlässlich, dass auch bei der Erstberatungsstelle eine Zweitmeinung eingeholt werden kann. Es muss zusätzlich klar im Gesetz verankert werden, dass versicherte Personen ihre Erstberatungsstelle ganz unkompliziert wechseln können.

Vertrauensverhältnis bewahren: Hausärztinnen und Hausärzte sollten selbstverständlich weiterhin Erstberatungsstellen bleiben dürfen. Das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient soll weiterhin hochgehalten werden. Gerade für chronische Patienten oder für Patienten mit mehreren simultanen Krankheiten ist diese Beziehung und die hochwertige Zusammenarbeit zentral.

Vielfalt der Modelle und Potential von Innovation: Die Krankenversicherer haben mit den Leistungserbringern funktionierende Modelle eingeführt, die weiterentwickelt und gefördert werden müssen. Somit will die EVP nicht, dass die Erstberatungsstelle zu einer staatlichen Aufgabe wird. Die Kriterien, die im Bericht erwähnt sind, scheinen statisch und unflexibel. Die Form der Erstberatungsstelle soll durch die Versicherten weiterhin frei gewählt werden können (Telmed, Hausärzte, HMO-System, neue Systeme). Versicherer und ihre Verbände schlagen alternative Modelle vor (Gatekeeper-Modell als Standardmodell), welche die Ziele der Erstberatungsstelle durchaus erfüllen, ohne dass ein komplett neues System erschaffen wird. Die EVP unterstützt solche Ideen, die auf Modelle aufbauen, die erwiesenermassen funktionieren.

Ausnahmen regulieren: Gewisse medizinische Spezialisten wie Augenärztinnen, Gynäkologen und Geburtshelferinnen sollen von der Erstberatungsstelle ausgenommen werden. Es muss klar festgelegt werden, was im Falle eines Notfalles passiert und wie dieser definiert ist. Gleichzeitig ist es für chronische Patienten mit multiplen Krankheiten nötig, dass sie sich an Spezialisten wenden können (z.B. bei Morbus Cron). Dies ist auch kosteneffektiver.

Innovation fördern und Pflegeexpertinnen APN einbeziehen: Zusätzlich zu den Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Weiterbildung oder Erfahrung als praktische Ärztinnen und Ärzte fehlen im Bericht des BAG die Advanced Practice Nurses (Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen APN), die genau für solche Zielsetzungen ausgebildet sind. Auch sie erfüllen die Qualitätsansprüche der Grundversorgung.

3 Stärkung der koordinierten Versorgung (36b)

Grundsätzlich befürworten wir die koordinierte Versorgung, da sie insbesondere bei chronisch Kranken und Patientinnen und Patienten mit mehreren gleichzeitigen Erkrankungen Doppelspurigkeit vorbeugt und

zu besseren Schnittstellen führt. Allerdings scheint die im Bericht des BAG beschriebene Form der Netzwerke eher starr und unflexibel zu sein. Wichtig erscheint uns, dass eine Zweitmeinung – auch ausserhalb eines solchen Netzwerkes – immer möglich bleibt. Unverständlich bleibt für die EVP, warum das Netz von einem Arzt / einer Ärztin geleitet werden muss. Es sind nicht nur vertiefte medizinische Fähigkeiten für die Leitung eines solchen Netzes Voraussetzung. Andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN sind genauso für die Leitung eines solchen Netzwerkes qualifiziert. Das vorgeschlagene Modell negiert die Erkenntnisse der interprofessionellen Zusammenarbeit und befestigt ein veraltetes ärztezentriertes Modell. Wichtig ist, dass gerade die koordinierte Versorgung mit innovativen Mitteln weiterentwickelt wird. Zusätzlich ist es wichtig, dass wegen der Netzwerke keine zusätzlich Mengenausweitung stattfindet, weil sich Ärzte die Patienten zuweisen. Eine gewisse Kontrolle ist unabdingbar. Die Frage bleibt offen, ob diese Netze als neue Akteure direkt als Leistungserbringer mit den Krankenkassen verhandeln sollen und welche Kriterien für solche Netzwerke gelten sollen.

4 Förderung von Programmen der Patientenversorgung

Voll und ganz unterstützt die EVP die ganzheitlichen Massnahmen zur koordinierten Patientenversorgung. Auch nicht-ärztliche Leistungserbringer, insbesondere Apothekerinnen und Apotheker sowie Advanced Practice Nurses (APN) können Aufgaben in der Koordination, Beratung und Behandlung vornehmen, gerade bei chronischen Krankheiten. Dies erfüllt auch teilweise die Motivation hinter dem Postulat 19.4279 «Versorgungslücken schliessen. Es ist Zeit für neue Pflegemodelle» von Nationalrätin Marianne Streiff.

5 Preismodelle und allfällige Rückerstattungen

Die EVP unterstützt die Einrichtung einer Fondslösung für Rückerstattungen.

6 Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betr. Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen

Im Unterschied zu den umliegenden Ländern zahlen in der Schweiz die Patientinnen und Patienten mit 70% einen grossen Teil der Gesundheitskosten selbst. Der Vorschlag des BAG sieht vor, dass das Öffentlichkeitsprinzip eingeschränkt wird und gewisse Absprachen über die effektiven Preise von Medikamenten geheim gehalten werden.

Die EVP ist sich der Herausforderung der Preismodelle im Medikamentenbereich durchaus bewusst. Die EVP wehrt sich aber gegen die Annahme, dass die Interessen der verhandelnden Parteien wichtiger sind als das Öffentlichkeitsprinzip. Der Zugang zu amtlichen Dokumenten darf nicht verweigert werden. Die vorgeschlagene Lösung ist intransparent und widerspricht den Prinzipien von guter Regierungsführung. Sie wird von der EVP abgelehnt.

7 Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien

Grundsätzlich befürwortet die EVP die angestossenen Änderungen. Allerdings ist ihr wichtig, dass das BAG sich nicht exklusiv auf das kostengünstigste Ergebnis abstützt, die beiden Kriterien Wirksamkeit und Zweckmässigkeit sind unbedingt einzubeziehen. Entwicklungen in der Medizin und auf dem schweizerischen Markt sind zu berücksichtigen. Es muss sichergestellt werden, dass eine Therapievielfalt weiterhin möglich bleibt und dass nicht nur die kostengünstigste Leistung erbracht werden muss. Gleichzeitig ist es wichtig, dass insbesondere bei teuren und neuen Arzneimitteln eine regelmässige Überprüfung stattfinden kann.

8 Faire Referenztarife für eine schweizweite freie Spitalwahl

Die EVP unterstützt die KVG Revision bezüglich der freien Spitalwahl.

9 Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung

Die obligatorische digitale Rechnungsübermittlung zwischen den Leistungserbringern und den Versicherungen macht für die EVP Sinn. Es ist dabei sicherzustellen, dass die versicherte Person immer eine Kopie erhält. Die EVP erachtet es als richtig, dass der einheitliche Standard gesamtschweizerisch (und nicht nur auf kantonaler Ebene) erfolgt. Diese Vereinheitlichung kann direkt die Rechnungskontrolle stärken. Offen bleibt für die EVP, ob die Formulierung «digitale Rechnungsübermittlung» treffender wäre als die Formulierung «elektronische Rechnungsübermittlung».

10 Massnahmen in der Invalidenversicherung

Die EVP befürwortet die Schaffung von Rechtsgrundlagen zur WZW Prüfung bei medizinischen Massnahmen der IV. Auch die Schaffung eines einheitlichen Kompetenzzentrums innerhalb des BAG ist richtig, um Synergien entsprechend zu schaffen.

11 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

Ergänzend wird eine Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft zur Gleichbehandlung der Patientinnen vorgeschlagen. Die unbefriedigende Lösung, die es den Versicherern erlaubt, die Gesetzesbestimmungen unterschiedlich umzusetzen, hat negative Konsequenzen auf werdende oder junge Mütter, die mit schwierigen Schwangerschaften zurechtkommen müssen. Somit befürwortet die EVP die Ergänzung des KVG mit Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge und Anliegen zu prüfen und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Marianne Streiff-Feller
Präsidentin EVP Schweiz

Roman Rutz
Generalsekretär EVP Schweiz

PLR
Les Libéraux-Radicaux

PLR.Les Libéraux-Radicaux
Secrétariat général
Neuengasse 20
Case postale
CH-3001 Berne

+41 (0)31 320 35 35
www.plr.ch
info@plr.ch
/plr.lesliberauxradicaux
@PLR_Suisse

Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Par e-mail :
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Berne, 16 novembre 2020 / nb
VL volet 2 santé

Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2e volet)
Prise de position du PLR.Les Libéraux-Radicaux

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité de nous exprimer dans le cadre de la consultation de l'objet mentionné ci-dessus. Vous trouverez ci-dessous notre position.

PLR.Les Libéraux-Radicaux partage l'objectif du Conseil fédéral, à savoir freiner la hausse des coûts de la santé. La plupart des mesures proposées dans ce paquet ne permettront toutefois pas d'atteindre ce but. Le PLR rejette certes les deux mesures principales de ce volet, il se prononce toutefois en faveur de certaines des autres interventions proposées.

Le volet proposé n'a pas de rapport avec l'initiative populaire « pour un frein aux coûts » et ne peut donc pas être considéré comme son contre-projet. Les mesures mises en consultation ne permettent aucunement de renforcer la concurrence régulée dans le système de santé. Dans son rapport, le Conseil fédéral évoque certes un « renforcement des encouragements ». Dans les faits, on ne s'attaque pas aux mauvaises incitations qui caractérisent le système. Rien n'est entrepris non plus afin de renforcer l'innovation de ses acteurs. Ce 2ème volet constitue très clairement un pas vers une étatisation complète de notre système de santé, un centralisme suivant une logique *top-down*. Le Parti Libéral-Radical s'opposera à cette tendance.

Il est par ailleurs regrettable que le Conseil fédéral n'ait pas retenu d'autres mesures proposées par le groupe d'experts dans son rapport de 2017. La mesure M36 « Réduire les conflits de gouvernance des cantons » présente un potentiel d'économies important. Le PLR avait lui aussi mis le doigt sur la nécessité de redéfinir le rôle des cantons dans son papier de position « Nouvel élan pour le système de santé suisse ». Cette mesure devrait être intégrée à ce 2ème volet, faute de quoi l'objectif affiché - freiner la hausse des coûts - ne saurait être atteint.

Objectif de maîtrise des coûts

Le PLR s'oppose à l'introduction d'objectifs de maitrise des coûts dans le système de santé. Cet instrument prépare le terrain pour un budget global. Sa mise en œuvre, détaillée aux pages 22-24 du rapport du Conseil fédéral, relève sans équivoque d'une économie planifiée pour notre politique de santé. Ce modèle étatique générerait une bureaucratie démesurée et conduirait à terme à de mauvaises allocations des ressources ainsi qu'à un rationnement des prestations. Lors de la session spéciale d'octobre 2020, dans le cadre du volet 1b, le groupe libéral-radical s'est déjà très largement opposé à l'introduction d'une mesure moins contraignante, la « gestion des coûts ». Il va de soi qu'il ne pourra pas soutenir une proposition qui va bien plus loin dans le dirigisme étatique.

Notre système de santé, qui reste en comparaison internationale de très bonne qualité, n'a pas besoin de révolution ou de changement complet de paradigme. Nous devons au contraire agir sur les mauvaises incitations existantes, qui sont déjà connues, et les éliminer de manière ciblée.

Premier point de contact

Le PLR rejette cette proposition de mise en place d'un premier point de contact obligatoire pour tous les patients. En 2012, le peuple s'est opposé à près de 70% à une mesure bien moins contraignante. Il a exprimé son désir de conserver le libre choix du médecin. Cette décision, claire, doit être respectée. Ces dix dernières années, la part des assurés optant pour un modèle d'assurance restreignant l'accès direct aux spécialistes a augmenté. Elle se situait en 2018 à environ 70%. Ainsi, les incitations mises en place ces dernières années par les acteurs de la santé fonctionnent. Il convient donc de ne pas entraver ce développement en introduisant un premier point de contact qui pourrait s'avérer contre-productif.

Par ailleurs, la proposition retenue par le Conseil fédéral est à nouveau très étatique, puisqu'il est prévu d'accorder la compétence aux cantons de déterminer la liste des fournisseurs de prestations qui feraient office de premiers points de contact. Les partenaires tarifaires seraient mis de côté. En outre, il est prévu d'octroyer un montant forfaitaire annuel par assuré au fournisseur de prestations, qu'une consultation ait lieu ou non. En somme, le médecin bénéficiaire serait désormais payé sans avoir à fournir de prestations, ce qui est en contradiction avec le principe de la LAMal.

Le PLR est d'avis que le modèle de point de contact initial doit effectivement être promu. Cela doit cependant passer par un renforcement des incitations afin que les assurés optent davantage pour ces modèles d'assurance. Une option serait de permettre l'octroi de rabais plus élevés sur les primes. Le montant des primes doit refléter les coûts effectifs. Le Conseil fédéral devrait par ailleurs envisager la possibilité de faire du point de contact initial, que ce soit le médecin de famille, la télémédecine ou les soins coordonnés, le nouveau modèle de référence dans l'assurance de base. L'assuré pourrait conserver le libre-choix du médecin, moyennant en contrepartie le paiement d'une prime plus élevée. Ce changement de paradigme se justifierait, étant donné qu'une large majorité des assurés choisit aujourd'hui déjà de limiter son choix.

Renforcement des soins coordonnés

Le Conseil fédéral prévoit de créer dans la LAMal les bases légales permettant aux professionnels de la santé de s'unir au sein d'une équipe de prise en charge et de se présenter aux assureurs comme une organisation fournissant des prestations coordonnées. L'intention est certes bonne, mais se pose cependant la question de la nécessité et de la désirabilité de cette modification législative. Les acteurs de la santé peuvent aujourd'hui déjà s'unir. Ils le font souvent avec des résultats très positifs. Le PLR n'est donc pas opposé à cette proposition sur le fond, il demande toutefois au Conseil fédéral que la plus-value de cette mesure soit évaluée dans son message. Cela concerne tout particulièrement les dispositions détaillées prévues à l'article 36b. Des dispositions aussi précises ne laisseraient que très peu de marge de manœuvre aux acteurs de la santé, courant ainsi le risque d'anéantir les progrès réalisés jusqu'à présent et d'entraver l'apparition de nouveaux modèles novateurs. Le Conseil fédéral doit se contenter de fixer les conditions-cadres.

Programmes de prise en charge des patients

Le PLR est favorable à un renforcement des programmes de prise en charge des patients. Dans ce cadre, les fournisseurs de prestations dits « non-médecins » doivent aussi pouvoir assumer des tâches de coordination et de conseil plus étendues qu'aujourd'hui. Le rôle des pharmaciens, par exemple, devra être renforcé, en leur octroyant la possibilité de fournir à l'avenir des prestations qui étaient jusqu'alors réservées aux médecins. Le médecin continuerait toutefois d'assumer les fonctions médicales à proprement parler. Ici encore, la marge de manœuvre des acteurs ne doit pas être restreinte, afin de pas empêcher la mise en place de nouveaux programmes. A l'art. 33, al. 3bis, le Conseil fédéral doit se contenter de désigner les prestations pouvant être fournies dans le cadre de ces programmes. La manière dont celles-ci doivent être fournies restent de la compétence des acteurs directement concernés. Une étatisation de ces programmes n'est pas souhaitable.

Médicaments : modèles de prix, restitutions éventuelles et exception à l'accès aux documents officiels

Le PLR est favorable à l'introduction de modèles de paiement alternatifs pour les médicaments onéreux, tels que le *capping* (paiement lorsque l'efficacité du produit est démontrée) ou le *pay for performance*. Ces modèles doivent permettre une autorisation et mise sur le marché rapides de thérapies prometteuses, tout en rendant leur financement supportable pour notre système de santé.

Le PLR se montre cependant plus sceptique quant à une restriction supplémentaire de la transparence en matière de modèles de prix. A l'étranger, les prix « de vitrine » et ceux effectivement payés peuvent grandement diverger. Le Conseil fédéral l'écrit, moins de transparence dans le cadre des modèles de prix permettrait de réaliser des économies sur le prix des médicaments. A terme, le PLR doute que le passage à un système de fixation des prix moins transparent soit désirable, avant tout pour des raisons de bonne gouvernance. Des solutions alternatives devraient être discutées.

Examen différencié des critères EAE (art. 32 LAMal)

Le PLR s'oppose à la création de cet al. 3 à l'art. 32. Les critères d'efficacité, d'adéquation et du caractère économique sont déjà suffisamment ancrés à l'al. 2 de ce même article. L'OFSP doit mieux exploiter les possibilités déjà existantes pour influencer les prix des médicaments, les tarifs des laboratoires, les prix maximaux de la liste des moyens et appareils (LiMA), etc. Un élargissement supplémentaire des compétences du Conseil fédéral n'est dans ce domaine ni nécessaire ni souhaitable.

Tarifs de référence pour le traitement hospitalier

Le PLR s'engage pour plus de concurrence dans le domaine hospitalier. Il n'est pas normal que des cantons fassent preuve de protectionnisme et entravent la concurrence et le libre-choix des patients en fixant des prix de référence délibérément trop bas. La solution la plus simple serait de supprimer les restrictions cantonales prévues dans la LAMal. Combinée à un renforcement des incitations pour que les patients choisissent les hôpitaux les plus efficaces (motion RL 18.4181), ainsi qu'à la suppression des discriminations créées par des prestations d'intérêt général servant trop souvent de subventions indirectes, cette mesure renforcerait véritablement la concurrence entre hôpitaux. La mesure proposée dans ce volet, la fixation d'un tarif de référence intercantonal, ne constitue qu'un premier pas dans cette direction.

Factures par voie électronique

Cette mesure prévoit que tous les fournisseurs de prestations soient tenus de transmettre leurs factures sous forme électronique. L'assuré doit toutefois conserver la possibilité de recevoir gratuitement sa facture sur support papier. Le PLR approuve cette mesure. La définition des modalités doit cependant rester de la compétence des partenaires tarifaires. Des dispositions plus détaillées et une compétence subsidiaire du Conseil fédéral ne sont pas nécessaires, ce type de factures étant aujourd'hui déjà très répandu.

Mesures dans l'assurance-invalidité

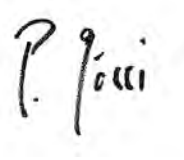
Il ne s'agit que d'une reprise des mesures discutées ci-dessus dans l'assurance invalidité.

Participation aux coûts en cas de maternité

Le PLR approuve cette adaptation de l'art. 64 LAMal. Les prestations exemptées de la participation aux coûts dès la 13ème semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement sont ainsi précisées.

En vous remerciant de l’attention que vous porterez à nos arguments, nous vous prions d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de nos plus cordiales salutations.

PLR.Les Libéraux-Radicaux

La Présidente	La Secrétaire générale
	
Petra Gössi Conseillère nationale	Fanny Noghero

Annexes

-

grünliberale

Grünliberale Partei Schweiz
Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

17. November 2020
Ihr Kontakt: Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail: schweiz@grunliberale.ch

Stellungnahme der Grünliberalen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlage und den erläuternden Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2).

Unsere Stellungnahme können sie dem ausgefüllten Fragebogen auf den folgenden Seiten entnehmen.

Wir danken ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen und Vorschläge.

Bei Fragen dazu stehen ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Fraktionsmitglied, Nationalrat Jörg Mäder, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Jürg Grossen
Parteipräsident

Ahmet Kut
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Grünliberale Partei Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : glp

Adresse : Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kontaktperson : Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

Telefon : 079 560 56 63

E-Mail : ahmet.kut@parl.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 14

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
glp	Die Kosten im Gesundheitswesen steigen konstant an. In den letzten 20 Jahren im Schnitt um rund 4.5 Prozent pro Jahr, fast doppelt so stark wie das Bruttoinlandprodukt. Dieser starke Anstieg belastet die Prämienzahlenden sowie das öffentliche Budget. Die Steigerung der Gesundheitskosten kann nicht mit dem Bevölkerungswachstum oder mit dem technischen Fortschritt allein erklärt werden. Auch die Krankheitsrate der Schweizer Bevölkerung genügt nicht als Erklärung. Woran liegt es dann? Die Schweiz bewegt sich in einem Angebots- und Nachfrage-orientierten Versorgungssystem, in dem medizinisch nicht begründete Mengenausweitungen stattfinden, unwirksame medizinische Leistungen von der Solidargemeinschaft getragen werden müssen und vielfach zu hohe Preise für Ärzte, Leistungen und Produkte bezahlt werden. 16–19 % der Gesamtkosten fallen an, ohne dass sie wirklich notwendig oder fair berechnet gewesen wären (vgl. die Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen» der ZHAW und Infras). Vor diesem Hintergrund ist die Politik gefordert, Massnahmen zu einem effizienteren Einsatz der obligatorischen Prämiengelder und der Steuern zu ergreifen. Das vorgelegte zweite Massnahmenpakt versucht dem mit einigen wirksamen Ansätzen Rechnung zu tragen. **Die Grünliberalen unterstützen die Einführung von gut begründeten Zielvorgaben für die Kostenentwicklung (ohne Rationierung), die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung, die Einführung von fairen Referenztarifen in der Spitallandschaft und die einheitliche elektronische Rechnungsübermittlung für mehr digitale Transparenz. Die Grünliberalen befürworten ausserdem eine Flexibilisierung der Preisgestaltung von innovativen, hochpreisigen Arzneimitteln durch neue Preis-Modelle. Nicht einverstanden sind sie hingegen mit der Einführung von obligatorischen Erstberatungsstellen.**
glp	**Zielvorgabe für die Kostenentwicklung** Der Weg, eine konkrete Zielvorgabe für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen anzusteuern, ist nachvollziehbar und richtig. Dies funktioniert allerdings nur, wenn die Steuerung der Kosten tatsächlich dazu führt, dass medizinisch nicht notwendige oder zu teure Leistungen nicht mehr erbracht werden und insgesamt effizienter gearbeitet wird. Wenn auch die Leistungserbringer Kostenverantwortung übernehmen, so kann dieser Ansatz vernünftig sein, zumal alle Beteiligten angehört werden können. Als zentrales Element dieser Vorlage begrüssen die Grünliberalen, dass die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung regelmässig überprüft werden müssen, um negative Folgen für die Versorgung orten zu können. Eine Rationierung von Leistungen oder Qualitätseinbussen unter einem fehlgeleiteten Kostenspardruck lehnen die Grünliberalen jedoch entschieden ab.
glp**Fehler! Verweisquell**	**Erstberatungsstelle** Schon heute werden Kostenvorteile für günstigere Versicherungsformen bereitgestellt. Jeder und jede Versicherte kann dadurch von Rabatten

e konnte nicht gefunden werden.	profitieren. Diese Herangehensweise hat sich bewährt, nutzen sie doch bereits 70 % der Bevölkerung freiwillig. Der Bundesrat führt aus, dass er nicht weiss, wie sich die übrigen 30 % der Bevölkerung verhalten werden, wenn sie in eine fixe Erstberatungsstelle gezwungen werden. Vermutlich wird sich der «Moral Hazard»-Effekt (z.B. durch «Ärzte-Hopping») mit der Einführung der Erstberatungsstelle nicht wirklich verringern. Es ist möglich, dass durch den verordneten zusätzlichen Arztbesuch eher Zusatzkosten entstehen. Störend ist ausserdem, dass die erstberatende Instanz eine Pauschale für Koordinationsleistungen erhält, die gar nicht erbracht wurden. Wie grenzen sich diejenigen Leistungen, die in der Pauschale inbegriffen sind, von denen ab, die andere behandelnde oder beratende Leistungen beinhalten? Damit wird Tür und Tor geöffnet für doppelte Verrechnungen, wie sie bereits heute durch die Kombination von Pauschale mit Einzelleistungstarifen möglich sind. Diese Massnahme kann die Kosten langfristig nicht senken und dabei gleichzeitig einen unnötigen Regulierungsapparat in Gang setzen, der auch für die Patienten mühsam ist. Zur Förderung von koordiniertem zentralem Vorgehen ist nicht flächendeckend die Wahlfreiheit bezgl. des Erstversorgers einzuschränken, sondern es sind griffigere, aber freiwillige Modelle anzubieten, die grössere Prämienrabatte anbieten (z.B. bei höherer Selbstbeteiligung). Die Grünliberale stützen den weiteren Ausbau von alternativen Versicherungsmodellen mit attraktiveren Prämien, die im Gesundheitswesen mehr bewirken können als ein Gruppenzwang in ein neues bürokratisches System, dessen finanzielle Langzeitfolgen auf falschen Annahmen beruhen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
glp	21	2		**Datenweitergabe der Versicherer an das BAG**: Die Ergänzung bezüglich der Aufteilung der Kosten ist im Zusammenhang mit der Analyse von Leistungsarten und deren Kosten als auch der konkreten Anwendung durch die behandelnden Leistungserbringer nachvollziehbar. Es ist allerdings zu bedenken, dass Daten von versicherten Personen besonders schützenswert sind. Sie sollten nur im Ausnahmefall anstelle von aggregierten Daten verwendet werden. Aufgrund der Sensibilität der Daten ist es notwendig, dass der EDÖB konsultiert wird, um die Verhältnismässigkeit der Verwendung von Individualdaten im Ausnahmefall überprüfen zu können.	[2] Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann nach Konsultation des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) vorsehen, …
glp	33	3[bis]		Leistungen im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen («**Programme der Patientenversorgung**»): Die begrüssenswerte Öffnung für erweiterte Kompetenzen der Apotheker und Apothekerinnen (vgl. Art. 25 Abs. 2 Bst. h) bedingt richtigerweise eine konkrete Leistungsbezeichnung innerhalb dieser Programme durch den Bund und nicht nur deren Genehmigung. Eine tarifpartnerschaftliche Einigung ist unwahrscheinlich, da die einen neue – früher den Medizinern vorbehaltene – Leistungen abrechnen dürfen und die anderen in der Folge weniger Patienten haben.	

glp	35	2	o	Die Schaffung einer neuen Leistungserbringer-Kategorie zur **Förderung von Netzwerken der koordinierten Versorgung** ist begrüssenswert. Zur schweizweiten Einhaltung der Qualitätsstandards ist ein Top-down-Ansatz bei den Zulassungsvoraussetzungen sinnvoll. Letztlich entscheidet jedoch das tarifpartnerschaftliche Miteinander über das Zustandekommen solcher Netzwerke. Da mit guter koordinierter Versorgung die Patienten nicht nur bei akuten Symptomen versorgt werden, sondern auch präventive Ansätze verfolgt werden können, sind diese Modelle unbedingt zu fördern. Langfristig können – neben der besseren Qualität der Behandlung – sogar Kosten eingespart werden. Deshalb wurde im Expertenbericht Diener richtigerweise zur Förderung vorgeschlagen finanzielle Anreize zu setzen, z.B. in Form von leicht höheren Taxpunktwerten im Rahmen der Vergütung von Netzwerken.	
glp	36b	3	a	Zulassungsvoraussetzungen: Es ist nicht zwingend notwendig, dass ein Arzt oder eine Ärztin ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung leitet, um ein qualitativ gutes und effizientes Ergebnis zu erzielen. Eine solche Einschränkung ist nicht notwendig und führt weniger zu einer besseren Behandlung als zu höheren Kosten.	a. die Anforderungen an den Leiter oder die Leiterin des Netzwerks ~~Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netzwerk leitet~~;
glp	40a			**Die Einführung einer Erstberatungsstelle wird abgelehnt**: Schon heute werden Kostenvorteile für günstigere Versicherungsformen bereitgestellt. Jeder und jede	Ganzen Artikel streichen

				Versicherte kann dadurch von Rabatten profitieren und sich damit frei entscheiden. Zur Förderung eines koordinierten Vorgehens ist nicht die Wahlfreiheit bezüglich des Erstversorgers einzuschränken, sondern es sind griffigere Modelle anzubieten, die grössere Prämienrabatte anbieten, z.B. bei höherer Selbstbeteiligungen an den Kosten. Eventualiter: Das vorliegende Konzept der Erstberatungsstelle erzeugt Fehlanreize. Eine Anlaufstelle im Sinne eines telefonischen oder telemedizinischen First-level-Supports ist aber unter folgenden Rahmenbedingungen sinnvoll und denkbar: a) Die Entgeltung erfolgt nach Aufwand (und nicht pauschal pro angemeldete Person). b) Die Erstberatungsstellen sind von den späteren Leistungserbringern unabhängig, da sonst finanzielle Anreize entstehen, unnötige Behandlungen auszulösen. c) Die Erstberatungsstelle kann keine abschliessenden Entschiede fällen. Der Betroffene darf sich immer auch anders entscheiden. d) Die Krankenkassen bleiben unverändert frei, im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen einschränkendere telemedizinische Angebote anzubieten (mit entsprechendem Prämienrabatt). Ziel der Beratung wäre es, die Arztpraxen zu entlasten, indem eine erste telefonische Auskunft und Beratung stattfindet, ohne dass man die darauf folgende Entscheidungsfreiheit, ob und wo die Patientin oder der Patient eine Behandlung nachsucht, einschränkt. Die Einsparungen sollen also erfolgen, indem man die Anrufer	

				von einem besseren Weg überzeugt, und nicht, indem man einen anderen Weg verweigert.	
glp	40b			Siehe Bemerkungen zu Art. 40a.	Ganzen Artikel streichen
glp	40c			Der Bundesrat schlägt vor, dass Leistungserbringer für jede versicherte Person, für die sie als Erstberatungsstelle fungieren, eine jährliche Pauschale vergütet bekommen. Dies unabhängig davon, ob Beratungsleistungen erfolgt sind oder nicht. Dieser Mechanismus kann dazu führen, dass Leistungserbringer möglichst viele Patienten annehmen, obwohl sie eigentlich innerhalb ihrer Praxis keine Kapazitäten haben. Die Folgen sind Wartezeiten und Wettbewerb um möglichst gesunde Patienten. Generell: Die Vergütung von medizinischen Leistungen über die obligatorische Krankenversicherung, die konkret gar nicht erbracht werden, ist abzulehnen. Leistungen müssen im Zusammenhang mit einer Krankheit bezahlt werden und den WZW-Kriterien genügen. Es ist faktisch unmöglich, diejenigen medizinischen Leistungen, die in der neuen Koordinations-Pauschale inbegriffen sein sollen, von denen abzugrenzen, die gemäss dem Vertrauensprinzip im TARMED einzeln abgerechnet werden. Es wird dadurch Tür und Tor für doppelte Verrechnungen geöffnet, da bei der Abgrenzung der einzelnen Leistungen stets ein grosser Ermessenspielraum besteht, der im Sinne der Kostenoptimierung von den Leistungserbringern ausgenutzt werden und zu neuen Rechtsfällen führen kann. Ein ähnlicher Mechanismus ist bei den Pauschalverträgen der Versicherer mit Fachärzten überall dort beobachtbar, wo im ambulanten Bereich Kombinationen von Pauschalen mit	Ganzen Artikel streichen

				Einzelleistungstarifpositionen möglich sind. Die Einführung von Pauschalen für die neuen Erstberatungsleistungen würde die Kosten vermutlich sogar erhöhen und gleichzeitig einen unnötigen Administrations-Apparat in Gang setzen.	
glp	40d			Siehe Bemerkungen zu Art. 40a.	Ganzen Artikel streichen
glp	41	1		«Erstberatungsstelle» streichen	[1] ~~Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person~~ Wird die versicherte Person für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale…
glp	41	1		**Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifendes Wettbewerbs unter den Spitälern**: Faire Referenztarife einzuführen fördert die Wahlfreiheit der Patienten, hinterfragt die kantonale Preispolitik und stärkt den interkantonalen Wettbewerb. Eine verbindlichere Formulierung wäre dabei im Gesetz zielführender. Diese Massnahme wurde nicht im Expertenbericht Diener vorgeschlagen. Grundsätzlich zementiert sie die heutige uneinheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und damit ein Preissystem, welches durch Fehlanreize bei den Kantonen in ihrer Doppelrolle in die falsche Richtung geht. Neue Lösungen mit freier Spitalwahl und **einheitlicher Finanzierung (EFAS)** wären der bessere	[1] …. Der Referenztarif richtet ~~orientiert~~ sich nach ~~an~~ der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

				Weg. Die Grünliberalen setzen sich dafür ein, dass diese Lösungen auf der politischen Ebene vorangetrieben werden.	
glp	42	3ter		Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme und nehmen erfreut zur Kenntnis, dass damit die Motion Grossen (18.3664) „**Digitalisierung auch im Gesundheitswese**n“ umgesetzt wird. Die Motion verlangt, dass sämtliche Leistungsabrechnungen, namentlich jene der Ärzte, Spitäler, Labors, Physiotherapeuten, Spitex und Apotheken, elektronisch zu den Krankenversicherungen gelangen. Die heute bereits bestehenden Standards des Forum Datenaustausch sollten weiterhin genutzt werden. Es braucht demzufolge keine neuen Vereinbarungen von Standards. Die bestehenden Standards müssen im Forum Datenaustausch tarifpartnerschaftlich (weiter-)entwickelt werden. Die Formulierung «in elektronischer Form» muss präzisiert werden, da Mail-Anhänge mit Scans von handgeschriebenen Rechnungen auch als «elektronisch» bezeichnet werden können. Das gilt es zu verhindern.	^{3ter} Der Leistungserbringer hat die Rechnungen und dem Schuldner in elektronischer und maschinell lesbarer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände ~~vereinbaren einen~~ nutzen die gesamtschweizerisch einheitlichen Standards der dafür zuständigen Organisation für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.
glp	48a			Tarifverträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung: Die Abgeltung der Leistungen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung via Pauschalen ist ein richtiger Ansatz für die Tarifpartner, um ökonomische Gesamtverantwortung zu tragen. Siehe auch Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2 Bst. o.	
glp	52b			**Rückerstattungen bei Arzneimittelpreisen**: Die Grünliberalen befürworten eine Flexibilisierung der	

				Preisgestaltung von innovativen, hochpreisigen Arzneimitteln durch neue Preis-Modelle. International verhandeln die meisten Länder die effektiv zu bezahlenden Preise individuell auf vertraulicher Basis mit den Zulassungsinhabern. Publiziert werden nur die Bruttopreise (Schaufensterpreise). Leider führt dieser Mechanismus der Preisfindung häufig dazu, dass astronomische Ausgangspreise verlangt werden, nur um im Nachgang einen «hohen Rabatt» zu offerieren, der dann aber geheim bleiben soll. Im Alleingang wird die Schweiz dieses System allerdings nicht ändern können. Bei einer Aufhebung der Geheimhaltung haben die offerierenden Firmen erhöhtes Interesse daran, möglichst wenig Rabatt zu gewähren, da andere Kunden diese Preise dann auch erfahren. Deshalb stimmen die Grünliberalen der Aushebelung des Öffentlichkeitsgesetzes in diesem speziellen Fall zu.	
glp	54–55			**Zielvorgabe für die Kostenentwicklung**: Konkrete Zielvorgaben für die massvollere Kostenentwicklung fördern den sparsameren Umgang mit den finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen. Die vorgeschlagenen Massnahmen sind sachlogisch mit der wirtschaftlichen Entwicklung, der Morbidität der Bevölkerung, der Demographie und dem medizinisch-technischen Fortschritt verknüpft. Die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen muss in jedem Fall sichergestellt bleiben, d.h. es darf keine Rationierungen geben. (Art. 54 Abs. 4). Die Auswirkungen auf die Kosten- und die Qualitätsentwicklung sind regelmässig zu überprüfen, um negative Folgen auszuschliessen (Art. 54 Abs. 5). Zentral ist auch die Aufteilung in einzelne Kostenblöcke,	

				damit Leistungsbereiche, die keinen (negativen) Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung haben, von Regulierungen ausgenommen werden können. Damit die Zielvorgaben für die massvollere Kostenentwicklung ihre Wirkung auf die Prämien entfalten können, braucht es bezüglich der Korrekturmassnahmen, welche die Kantonsregierungen bzw. das EDI ergreifen würden, Muss- statt Kann-Bestimmungen.	
glp	54	5		Die Formulierung «regelmässig» ist in diesem Fall zu vage. Ausserdem fehlt die Zuordnung, wer dafür zuständig ist. Die Grünliberalen schlagen dafür das EDI vor, welches den Gesamtblick hat. Ausserdem sollte ein Bericht dazu veröffentlicht werden.	[5] Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden ~~regelmässig~~ jährlich vom EDI überprüft und öffentlich gemacht.
glp	54d	2		Variante 2: Muss- statt Kann-Bestimmung	
glp	54d	3		Variante 2: Muss- statt Kann-Bestimmung	
glp	54d	4		Variante 2: Muss- statt Kann-Bestimmung	
glp	54d	5		Variante 2: Muss- statt Kann-Bestimmung	
glp	64	7	c	Siehe Bemerkungen zu Art. 40a.	Buchstabe c streichen
glp	Übergangs-bestimmungen	2		Siehe Bemerkungen zu Art. 40a.	Absatz 2 streichen
glp	Übergangs-bestimmungen	6		Der Bundesrat schlägt vor, dass die zuständige Behörde verpflichtet sein soll, spätestens für das achte Jahr nach Inkrafttreten der vorliegenden Vorlage Korrekturmassnahmen bei Überschreitung der Kostenziele	[6] Die zuständige Behörde ist verpflichtet, spätestens für das ~~achte~~ fünfte Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom … bei Überschreitung der Kostenziele Massnahmen

				zu ergreifen. Eine Übergangszeit von acht Jahren ist zu lang und ist auf fünf Jahre zu verkürzen.	nach Artikel 54d zu treffen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
glp	53a (neu)	Das Beschwerderecht der Krankenversicherer gegen Verfügungen des BAG in Bezug auf Beurteilungen der Arzneimittel der Spezialitätenliste wurde gemäss erläuterndem Bericht verworfen (M33). Dieses Beschwerderecht sollte in die Vorlage aufgenommen werden, allerdings als Beschwerde ohne aufschiebende Wirkung. Die Grünliberalen verweisen diesbezüglich auf die Anträge der Mehrheit der SGK-N zum Kostendämpfungspaket 1b (19.046, Entwurf 1) anlässlich der Sondersession im Oktober 2020, allerdings mit folgender Anpassung: Der Beschwerde der Versicherer soll generell keine aufschiebende Wirkung zukommen, d.h. auch nicht gegenüber Beschlüssen der Kantonsregierungen über die Spitallisten.	**Art. 53a (neu) Beschwerderecht der Versicherer** Krankenversicherer und deren Verbände, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht das Beschwerderecht zu: a. gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39; b. gegen Verfügungen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe. **Art. 53b (neu) Aufschiebende Wirkung** Beschwerden nach Artikel 53a haben keine aufschiebende Wirkung.

E-Mail: raphael.noser@gruene.ch

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

19. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»; Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundesrat,

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Zusammenhang mit der im Titel vermerkten Vernehmlassung haben Sie die GRÜNEN zur Stellungnahme eingeladen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, uns zur Vorlage zu äussern.

Grundsätzliche Bemerkungen

Die GRÜNEN teilen die Einschätzung des Bundesrates, dass der Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen ist. Diese Prämien sind aufgrund des jahrelangen Anstiegs – sowie aufgrund der Kantone, die sich bezüglich der Prämienverbilligungen immer stärker aus der Verantwortung stehlen – mittlerweile für grosse Teile der Bevölkerung zu einer enormen Belastung geworden. Die GRÜNEN teilen auch die Ansicht des Bundesrates, dass in der Begrenzung von *medizinisch nicht begründeten* Mengenzunahmen und mittels *gewisser* effizienzsteigernder Massnahmen weiterhin Sparpotential vorhanden ist. Wir begrüssen denn auch im Grundsatz – vorbehaltlich der untenstehenden Bemerkungen – die Vorlage des Bundesrates.

Die GRÜNEN weisen dennoch erneut darauf hin, dass das Gesundheitswesen an systemimmanenten Fehlern krankt, die auch mit der vorliegenden Reform nicht angegangen werden. Viele der heute festgestellten Probleme sind die Konsequenz einer immer stärkeren Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Es ist grundsätzlich nicht verwunderlich, dass der seit Jahren steigende Kosten- und Legitimationsdruck im Gesundheitswesen sowie die mangelhaften Abgeltungssysteme dazu führen, dass legitime – und gesellschaftlich wünschenswerte – Kostensteigerungen nur noch über einen Leistungs- und Qualitätsabbau oder über nicht medizinisch begründete Mengenausweitungen aufgefangen werden können. Folge dieser Politik ist ein für die Patient*innen unerwünschter Qualitätsabbau in der medizinischen Versorgung sowie zunehmende Unzufriedenheit beim Gesundheitspersonal. Diese Fehlanreize werden auch mit der vorliegenden Reform nicht angegangen: Statt weiter ‘Pflästerlipolitik’ zu betreiben, sollten deshalb endlich grundlegende Reformen aufgegleist werden, die eine Stärkung des Service-Public-Gedanken sowie einen Ausbau der öffentlichen Steuerung und der sozialen Finanzierung im Gesundheitswesen zum Ziel haben.

Einführung einer Zielvorgabe

Die GRÜNEN stimmen dem Bundesrat zu, dass der von der Kostenbremse-Initiative propagierte Mechanismus untauglich ist, um die Probleme im Gesundheitswesen anzugehen. Die harten Kürzungen und die Rationierung von medizinischen sinnvollen Leistungen, welche die Initiative zur Folge hätte, würden zu einer Zweiklassen-Medizin führen. Die GRÜNEN können einem solchen Vorhaben nicht zustimmen und begrüssen deshalb die ablehnende Haltung des Bundesrates.

Gleichzeitig sind wir skeptisch, ob die vom Bundesrat vorgeschlagene Zielvorgabe ein taugliches Mittel darstellt, um medizinisch nicht begründete Mengenausweitungen zu bekämpfen. Die GRÜNEN sind wie bereits erwähnt der Ansicht, dass die Ursache hierfür insbesondere in mangelhaften Abgeltungssystemen und der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu suchen sind. Demgegenüber ist allerdings grundsätzlich zu begrüssen, dass mit dem Vorschlag des Bundesrates die Steuerung des Gesundheitswesens stärker an die öffentliche Hand übertragen werden soll. Sollte der Bundesrat die Einführung einer Zielvorgabe weiterverfolgen, muss allerdings sichergestellt werden, dass die Überschreitung von Kostenzielen unter keinen Umständen die medizinische Versorgung und insbesondere den Zugang zu medizinischer Versorgung gefährden darf.

Einführung von Erstberatungsstellen und Stärkung der koordinierten Versorgung

In einer besseren Koordination medizinischer Behandlungen sowie der Stärkung der Erstberatung und der Dossierführung sehen die GRÜNEN eindeutig eine Verbesserung der Versorgung und ein mögliches Sparpotential. Wir begrüssen folglich die vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen für alle Versicherten sowie die Einführung von Netzwerken der koordinierten Versorgung ausdrücklich. Erstberatung, Dossierführung und Koordination sollten allerdings konsequent zusammengedacht und möglichst von dem*der gleichen Leistungserbringer*in erbracht werden. Die GRÜNEN unterstützen hierbei das Modell einer einheitlichen «Beratungs- und Koordinationsstelle» und verweisen diesbezüglich auf die Stellungnahme des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes.

Darüber hinaus sehen die GRÜNEN insbesondere in folgenden Bereichen weiteren Anpassungs- respektive Klärungsbedarf:

- Die freie Wahl der Erstberatungsstelle und anschliessend der Leistungserbringer*innen ist sicherzustellen.
- Ausnahmen von der Pflicht eine Erstberatungsstelle aufzusuchen sind insbesondere im Bereich der Gynäkologie und der Geburtshilfe vorzusehen. Auch sollten Gynäkolog*innen als Erstberatungsstelle anerkannt werden können.
- Die GRÜNEN sind der Ansicht, dass ein Koordinationszentrum nicht zwingend unter ärztlicher Leitung stehen muss, da die Koordinations- und Führungsaufgaben auch von anderen Fachspezialist*innen, z.B. im Bereich Case Management, ausgeübt werden können.
- Die GRÜNEN unterstützen die pauschale Abgeltung der Leistungen der Erstberatung und der Koordination. Um eine «Jagd nach kostengünstigen Patient*innen» zu verhindern und auch eine fachgerechte Beratung von komplizierten Fällen und chronischen Patient*innen sicherzustellen, sollten zumindest für aufwändige Beratungs- und Koordinationsaufgaben höhere Pauschaltarife oder Einzelleistungstarife verrechnet werden können. Wir beantragen darüber hinaus, dass diese Pauschalen über allgemeine Steuermittel und nicht über die Prämiengelder abgegolten werden.

Die Stärkung der Programme der Patient*innenversorgung werden von den GRÜNEN ausdrücklich begrüsst.

Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug

Die übrigen vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen bewerten die GRÜNEN unterschiedlich. Bezüglich der Preisfestsetzung von Medizinprodukten und Arzneimitteln haben die GRÜNEN grundsätzliche Vorbehalte bezüglich des heutigen Systems, welches die Interessen der Pharmaindustrie gegenüber denjenigen der öffentlichen Hand klar bevorzugt. Diese Bedenken gehen allerdings weit über den Inhalt der vorliegenden Vorlage hinaus. Die vom Bundesrat vorgeschlagene **Einschränkung des Öffentlichkeitsprinzips** lehnen die GRÜNEN jedoch vehement ab; sie ist Ausdruck einer Kapitulation des Bundesrates vor den Interessen der Pharmaindustrie. Wir rufen in Erinnerung, dass die derzeitige Intransparenz vieler Länder bezüglich der effektiv vergüteten Medikamentenpreise einzig der Pharmaindustrie nützt, die dadurch ihre Verhandlungsmacht gegenüber den einzelnen Staaten weiter ausbaut und ausnutzt. Die Lösung des Problems liegt folglich in einem globalen Ausbau – und nicht in einem Abbau – von Transparenz. Die Schweiz sollte sich auch auf internationaler Ebene weiterhin dafür einsetzen und dieses Vorhaben nicht gleichzeitig auf nationaler Ebene hintertreiben.

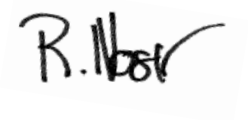
Darüber hinaus begrüssen die GRÜNEN im Grundsatz die vorgeschlagenen Anpassungen im Bereich der **differenzierten Prüfung der WZW-Kriterien**, allerdings muss die Qualität der Versorgung stärker ins Gewicht fallen. Ebenfalls begrüsst werden die Vorschläge **zur elektronischen Rechnungsübermittlung.** Diesbezüglich sollte jedoch sichergestellt werden, dass Rechnungskopien auf expliziten Wunsch der Versicherten hin *kostenlos* in Papierform zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin notwendig ist allerdings eine Stärkung der Patient*innenorganisationen, damit diese die Versicherten bei der Kontrolle und gegebenenfalls bei der Anfechtung der Rechnungen unterstützen können. Abhilfe schaffen könnte hier beispielsweise eine Patient*inneninformationsgesetz. Bezüglich der **Referenztarife für die schweizweite Spitalwahl** sind die GRÜNEN sehr kritisch eingestellt; der kantonsübergreifende Wettbewerb zwischen den Spitälern sollte nicht noch weiter gefördert werden.

Sehr erfreulich sind aus Sicht der GRÜNEN die Präzisierungen bzgl. der **Kostenbeteiligung bei der Mutterschaft.** Analog zu den jüngsten Entscheidungen der zuständigen Parlamentskommission fordern die GRÜNEN, dass die Kostenbefreiung während einer Schwangerschaft bereits ab der ersten Schwangerschaftswoche greift.[1] Nachdem sich nun neben dem Bundesrat und dem Nationalrat auch die Gesundheitskommission des Ständerates deutlich für dieses Anliegen ausgesprochen hat, kann diese Massnahme noch mit der vorliegenden Gesetzesrevision rasch umgesetzt werden.

Abschliessend möchten wir noch betonen, dass für die **Massnahmen im Bereich der Invalidenversicherung** grundsätzlich die gleichen Bemerkungen gelten wie für die Anpassungen im KVG.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und bitten Sie, die Vorlage entsprechend anzupassen. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Balthasar Glättli

Präsident

Raphael Noser

Fachsekretär

grüne / les verts / i verdi
waisenhausplatz 21 . 3011 bern . schweiz

[1] Vgl. Motion 19.3070 Kälin „Kostenbefreiung für Schwangere während der ganzen Schwangerschaft“.

Parti socialiste suisse

Theaterplatz 4
3011 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

Envoi par courriel :
Tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

À l'attention du département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique

Berne, le 19 novembre 2020

Consultation : Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »

Monsieur le conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

Le Parti socialiste suisse (PS Suisse) vous remercie de l'opportunité qui lui est accordée de se prononcer dans le cadre de la consultation concernant les objets cités en marge.

Préambule

Il est important aux yeux du PS Suisse que des solutions équitables et durables soient trouvées afin de maitriser la hausse des coûts de la santé. Nous sommes conscients des enjeux et nous savons parfaitement que ces hausses de coûts se répercutent immanquablement sur les ménages suisses et deviennent des charges insupportables, ce qui est inacceptable à nos yeux. Ainsi, il y a une nécessité d'agir.

Néanmoins, il est important de souligner qu'une partie de la hausse des coûts est inévitable, car étroitement liée à l'évolution démographique de la population – nous vivons plus longtemps, ce qui est réjouissant – et à l'augmentation des possibilités de traitement, lesquelles permettent une meilleure prise en charge des patient-e-s, ce qui est également une donnée positive.

Par ailleurs, contrairement à d'autres secteurs économiques, il est important de rappeler que dans le domaine de la santé, les concepts théoriques de rationalisation et de réduction des coûts ne peuvent pas s'appliquer tel quel. En effet, les hôpitaux ou les établissements médicaux-sociaux (EMS) ne sont pas des usines avec des chaînes de production qui peuvent être rationalisées à l'infini. Par ailleurs, on peut constater les répercussions négatives de la rationalisation dans la crise sanitaire qui nous concerne actuellement.

C'est pourquoi les infrastructures de santé ont pour mission de prendre soin de patient-e-s qui sont divers et multiples et qui nécessairement demandent des soins adaptés et spécifiques. Enfin, prendre soin des patient-e-s de manière qualitative nécessite du temps et des dotations suffisantes en personnel soignant bien formé. La crise actuelle nous rappelle jour après jour que sans des dotations en suffisance en personnel soignant, les infrastructures sanitaires ne fonctionnent pas – au détriment des patient-e-s.

Ainsi, pour le PS Suisse, toute réforme ou projet de loi doit respecter les conditions sine qua non suivantes : la qualité des soins ainsi que la sécurité des patient-e-s ne doivent jamais être compromises, les réformes ne doivent pas se faire au détriment des conditions de travail de l'ensemble du personnel soignant et le système de santé, en sa qualité de service public, ne doit pas être poussé dans des mécanismes de rationalisation qui ne permettent plus une répartition équitable des infrastructures de soins sur l'ensemble du territoire et qui réduisent ainsi l'accès aux soins.

Refus de l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » lancée par le Parti démocrate-chrétien (PDC)

Le PS Suisse est opposé au texte de l'initiative populaire pour un frein aux coûts, et c'est pourquoi il accueille favorablement le refus du Conseil fédéral.

Nous sommes de l'avis que la proposition faite par le PDC est inadaptée et dangereuse. Cette proposition est une fausse bonne idée, car elle propose un ensemble de règles abstraites qui peuvent par la suite conduire, dans sa mise en œuvre, à des décisions strictes de rationnement des soins et à une médecine à deux vitesses.

Objectif de maîtrise des coûts dans l'assurance obligatoire de soins (AOS)

Actuellement, le système de tarification ambulatoire et hospitalier conduit inexorablement à des augmentations de volume de prestations qui ne se justifient pas d'un point de vue médical. C'est pourquoi le Conseil fédéral souhaite instaurer des objectifs en matière de coûts et des mesures correctives en cas de dépassement permettant de contrôler l'évolution des coûts. Il s'agit d'une des recommandations du groupe d'experts mandaté en 2017 (Rapport d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins »).

Concrètement, une commission consultative composée des principaux acteurs du système de santé émet une recommandation en se fondant sur l'évolution démographique de la population, sur des valeurs macroéconomiques et sur les progrès techniques dans le domaine médical. Sur la base de cette recommandation, le Conseil fédéral fixe un objectif annuel de croissance maximale des coûts globaux (objectif national des coûts globaux), basé sur une évolution des volumes et des prix qui se justifie d'un point de vue médical et économique. Ensuite, le Conseil fédéral recommande un objectif de coûts globaux aux cantons et fixe une marge de tolérance, c'est-à-dire la marge dans laquelle l'objectif recommandé peut être dépassé. Le Conseil fédéral formule également des recommandations pour la répartition des coûts entre les différentes catégories de coûts. Il s'agit des hôpitaux (secteurs stationnaire et ambulatoire), des médecins ambulatoires (en pratique privée), des médicaments et des autres groupes de coûts de l'AOS (par exemple EMS, soins infirmiers ambulatoires, analyses de laboratoire, physiothérapie, moyens et appareils). Le canton est alors libre de choisir ses propres objectifs contraignants dans les limites de cette marge de tolérance et fixe un objectif cantonal de coûts globaux. Les acteurs concernés (fournisseurs de prestations et assureurs) doivent être consultés.

En cas de dépassement d'objectif, le projet de consultation propose deux variantes à cet égard. Dans la première variante, les cantons sont libres de prendre des mesures, mais ils ne sont pas obligés de le faire. La deuxième variante prévoit que les cantons sont tenus de mettre en œuvre des mesures correctives appropriées. Les gouvernements cantonaux

Parti socialiste suisse
Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne
Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70
info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

ordonnent les mesures correctives. Le DFI est responsable des mesures concernant les catégories de coûts relevant de la compétence fédérale. Les mesures correctives consistent en principe à adapter les conventions tarifaires. Enfin, le projet prévoit la prise en compte d'événements extraordinaires, notamment une épidémie (art. 54d, al. 5 AP-LAMal) afin d'éviter tout phénomène de rationnement.

Le PS Suisse partage l'objectif visé par la présente mesure : réduire le volume de prestations qui sont médicalement inutiles. En effet, l'augmentation du volume des prestations médicales inutiles que l'on observe actuellement doit être réduite sans restreindre les prestations médicalement nécessaires. Les patient-e-s doivent toujours avoir accès aux prestations de l'assurance de base et cela ne doit pas engendrer une détérioration de la qualité des soins ou une rationalisation des soins.

Cependant, nous avons des réserves quant à la complexité et les marges de manœuvre laissées aux différents acteurs dans la mise en œuvre d'un tel instrument. En effet, si des marges de manœuvre trop grandes sont laissées, il est possible que l'instrument soit en fin de compte inefficace. De même, il est impératif de veiller à ce que l'instrument proposé, lors de sa mise en œuvre, n'aboutisse pas, de facto, à une rationalisation des soins. Enfin, il serait souhaitable que des tarifs dégressifs soient fixés au préalable de telle sorte que s'il apparaît en cours d'année que l'objectif de coûts serait dépassé, ces tarifs s'appliquent. Ce levier permet donc, d'une part, d'éviter de facturer des prestations inutiles et, d'autre part, permet à l'assuré-e/patient-e d'avoir en tout temps accès aux soins, sans risque de rationalisation, puisque la prestation peut toujours être effectuée ; c'est la rémunération des fournisseurs de soins qui change en cours d'année en cas de dépassement de volume de prestations.

Mais encore, nous sommes d'avis que le personnel de soin dans sa globalité doit être représenté dans la commission consultative qui élabore les recommandations des objectifs nationaux. De même, il est nécessaire que les organisations de défense des patient-e-s soient représentées. C'est pourquoi l'art. 54e, al. 3 de AP-LAMal doit être modifié afin d'élargir le cercle des membres.

De plus, nous avons observé dans les cantons de Genève, Vaud et Tessin que l'introduction des budgets globaux pour le financement des hôpitaux ou EMS, fondée sur l'art. 51 LAMal, peut avoir des impacts positifs sur l'évolution des coûts lorsque ces instruments sont judicieusement élaborés.

En somme, des solutions allant dans cette direction sont à encourager, et ce également pour le domaine ambulatoire ; les corrections visant à adapter les conventions tarifaires sont des instruments qui ont fait leurs preuves et qu'il faut également encourager. Le PS Suisse s'est toujours engagé pour des mesures de pilotage fédéral, en particulier sur le plan tarifaire.

Premier point de contact

Dans le but de renforcer la coordination, d'améliorer la qualité des soins et d'éviter les traitements médicaux non justifiés, le Conseil fédéral souhaite instaurer un premier point de contact pour tous les assuré-e-s afin d'aiguiller les patient-e-s dans leur prise en charge thérapeutique. Par conséquent, les assuré-e-s doivent faire leur choix parmi une liste de médecins de famille, de centres de télémédecine, de cabinets de groupe ou de réseaux de soins coordonnés. Le premier point de contact conseille les patient-e-s, les traite directement ou les délègue à un autre fournisseur de prestations. Il reçoit un forfait de l'assureur pour chaque assuré-e l'ayant choisi. Le forfait est versé même si l'assuré-e ne

Parti socialiste suisse
Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne
Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70
info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

nécessite aucune prestation. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions en cas d'urgences et pour l'accès à certains spécialistes, à titre d'exemple en ophtalmologie ou en gynécologie et obstétrique.

Le PS Suisse est de l'avis que la mesure est un pas dans la bonne direction. La plupart des problèmes de santé pourraient être traités par des médecins de famille (généralistes). Ainsi, cette mesure renforcerait le rôle des médecins de famille ainsi que la coordination des soins entre les différents soignants qui interviennent dans la prise en charge des patient-e-s. En effet, ce sont les médecins de famille qui connaissent le mieux leurs patient-e-s et leur historique thérapeutique et peuvent ainsi éviter des prestations inutiles et donc garantir une qualité dans la prise en charge. Mais encore, en plus des aspects liés aux coûts, des prescriptions thérapeutiques inutiles, en fonction du traitement ou de l'examen prescrit, peuvent être également dommageables pour la prise en charge qualitative des patient-e-s.

Néanmoins, il est nécessaire d'apporter des corrections à la proposition du Conseil fédéral.

En premier lieu, il est impératif que les assuré-e-s puissent choisir librement le premier point de contact. Cela signifie que leurs choix ne doivent pas être conditionnés par leurs assureurs, notamment par l'intermédiaire de listes de médecins. De nombreux patient-e-s ont une relation thérapeutique de confiance et de longue durée avec leur médecin de famille. Ainsi, cela serait contre-productif que l'assuré-e/patient-e doive, en fonction de sa caisse, changer de médecin traitant. Cela est particulièrement important pour les patient-e-s présentant des maladies chroniques ou des patient-e-s âgé-e-s. Ces médecins connaissent les antécédents de leurs patient-e-s, mais aussi leurs environnements social et familial. Ce savoir permet une prise en charge efficace et de qualité.

Conjointement à cette démarche, il est impératif de développer les soins intégrés ; une coordination entre les différents soignants qui interviennent dans la prise en charge des patient-e-s est la clé de voute d'une prise en charge efficace et de qualité. Ainsi, le PS Suisse est d'avis que le premier point de contact ainsi que le réseau de soins coordonnés doivent former une entité cohérente. En somme, nous souhaitons la mise en place d'une prise en charge des soins intégrés, ce qui implique que les tâches de premier conseil, de coordination de soins et de gestion du dossier des patient-e-s soient regroupées en une seule entité (cf. ci-dessous positionnement sur le renforcement des soins coordonnés).

Par conséquent, le premier point de contact devrait prendre en compte d'autres fournisseurs de soins, notamment les soins à domicile (Spitex) ou les infirmier-ère-s praticien-ne-s spécialisé-e-s (IPS).

De plus, les patient-e-s doivent pouvoir avoir accès à un second avis, notamment en cas de désaccord avec le soignant du premier point de contact. De même, il est nécessaire de prévoir la possibilité de changer de premier point de contact facilement en cours d'année. En effet, une prise en charge de qualité repose aussi, et surtout, sur une relation soignant-e/patient-e fondée sur la confiance. Or, il peut s'avérer que les patient-e-s ne soient pas ou plus en confiance avec le soignant de leur premier point de contact, ce qui peut être dangereux pour la prise en charge thérapeutique. En effet, cela peut mener les patient-e-s à ne plus consulter, avec le risque d'une aggravation de leur état de santé.

Par ailleurs, il faut veiller, dans la mise en œuvre d'une telle mesure, à l'accessibilité à un premier point de contact. En effet, il est nécessaire que l'ensemble de la population ait les

Parti socialiste suisse
Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne
Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70
info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

mêmes choix qualitatifs de soignant-e-s. Or, avec les départs à la retraite de la génération des baby-boomers, plusieurs médecins de famille – dont la pénurie est déjà alarmante pour la Suisse – vont ranger leurs blouses blanches. De ce fait, la Suisse sera confrontée à un manque de médecins de famille, qui risque de compromettre la mise en place d'un tel système. Il est donc impératif de former plus de médecins de famille, mais aussi d'accepter comme premier point de contact les médecins doubles spécialistes.

Pour terminer, concernant le financement par des forfaits, le PS Suisse, sur le principe, soutient l'instauration de forfaits dans le domaine ambulatoire. Néanmoins, il est impératif que celle-ci n'aboutisse pas de facto à une rationalisation des soins dans le domaine ambulatoire. De même, il faut veiller, dans le cadre de sa mise en œuvre à ce que des mécanismes qui réduisent les risques d'abus soient intégrés.

Renforcement des soins coordonnés

Selon l'avant-projet du Conseil fédéral, le réseau est défini en tant que nouveau fournisseur de prestations (au sens de l'art. 35 LAMal). Il comprend le centre de coordination ainsi que les fournisseurs de prestations rattachés par contrat. Toutes les prestations fournies sont compilées et adressées en une seule fois aux assureurs. Elles sont prises en charge sur la base de forfaits. En outre, la charge liée à la coordination est prise en charge par les assureurs. Les programmes de prise en charge sont des programmes de traitements impliquant différents fournisseurs de prestations tout au long du processus qui génèrent de meilleurs résultats que des mesures individuelles non structurées. Ils sont utiles pour le traitement des maladies chroniques, mais aussi pour la prévention et à la réadaptation médicale.

Si le PS Suisse se félicite du fait que le Conseil fédéral reconnaisse l'importance des soins coordonnés, la solution proposée dans l'avant-projet n'est pas appropriée.

Aux yeux du PS Suisse, la séparation stricte qui est faite entre le premier point de contact et le réseau de soins coordonnés est incohérente ; il faut que ce premier point de contact puisse aussi être un réseau de soins coordonnés, en fonction des besoins des patient-e-s. En somme, le PS Suisse souhaite la mise en place d'une prise en charge des soins intégrés, ce qui implique que les tâches de premier conseil, de coordination de soins et de gestion du dossier des patient-e-s soient regroupées en une seule entité. En effet, ces tâches sont interdépendantes ; une bonne connaissance des antécédents des patient-e-s ainsi que de leur situation sociale est nécessaire pour que leur prise en charge soit efficace et de qualité.

C'est pourquoi le PS Suisse soutient les propositions alternatives faites par le « Réseau : bien vieillir/ Netzwerk : Gutes Alter » concernant la création d'un service commun de conseil et de coordination (Beratungs- und Koordinationsstelle BKS). Il s'agit de réunir sous le même toit le conseil, la coordination et la gestion des dossiers et de tendre ainsi vers un centre de santé où le patient est au centre de la prise en charge. Il est important que ce centre regroupe non seulement des professionnels de la santé, mais aussi d'autres spécialités non médicales qui interviennent dans la prise en charge des patient-e-s, notamment dans le cadre de la prise en charge de patient-e-s atteint-e-s de maladie chronique et/ou la prise en charge de personnes âgées. Il s'agirait aussi d'avoir des intervenant-e-s pour des conseils en nutritions, pour les maladies non transmissibles ou plus généralement pour la promotion de la santé chez l'adulte comme chez l'enfant. En effet, les programmes de prévention et sensibilisation ont des effets importants et durables sur la santé. Ainsi, le PS Suisse, souhaite que dans ces centres de santé l'accent soit mis

Parti socialiste suisse
Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne
Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70
info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

sur la prévention. De même, nous souhaitons qu'une plus grande place soit accordée aux thérapies complémentaires dans la prise en charge des assuré-e-s.

Ainsi, les assuré-e-s choisissent le BKS de leur choix, peuvent le changer à tout moment et, si nécessaire, peuvent obtenir un deuxième avis indépendant. Le libre choix des assuré-e-s est dès lors respecté. Ces centres BKS seraient accrédités par les cantons, afin que leur répartition sur le territoire permette à toutes et tous un accès aux soins.

En d'autres termes, l'avant-projet du Conseil fédéral n'est pas assez ambitieux sur ce point. Il est désormais nécessaire d'aller de l'avant et de décloisonner les séparations entre les différents intervenants de la prise en charge thérapeutique.

Modèles de prix et restitution, exception concernant l'accès prévue par la LTrans pour le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix

Dans la jungle de l'industrie pharmaceutique, afin de garantir l'accès rapide et aussi avantageux que possible aux médicaments innovants et onéreux, la Suisse a recours à des conventions appelées modèles de prix. Ces conventions sont inaccessibles au public, elles traitent notamment de la restitution selon le prix ou en cas de dépassement de coûts fixés.

Concrètement, dans la plupart des pays européens, le prix des médicaments est fixé et publié par les autorités principalement après comparaison des prix pratiqués à l'étranger. Cependant, les médicaments onéreux sont rarement pris en charge à hauteur du prix étranger. En fait, il existe les prix officiels et les prix réellement pris en charge qui sont réglés dans des conventions entre l'industrie pharmaceutique et les autorités, les hôpitaux ou les assureurs maladie ; les modèles de prix. La proposition de l'avant-projet vise donc à renforcer la base légale afin d'accroitre la sécurité juridique de ces conventions.

Le PS Suisse condamne fermement ces modalités opaques de « négociation ». Nous sommes de l'avis que, pour créer une approche plus équitable en termes de prix, de transparence et d'accessibilité, il est indispensable d'instaurer une coordination internationale réglant ces questions.

Nous sommes conscients, néanmoins, que les patient-e-s doivent pouvoir bénéficier de ces médicaments. C'est pourquoi nous ne nous opposons pas à l'instauration d'une base légale pour les modèles de prix afin d'accroitre la sécurité juridique d'une telle convention. Par contre, nous refusons l'introduction d'un régime d'exception, dans le cadre de la loi fédérale sur la transparence, à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix.

Examen différencié des critères EAE prévus à l'art. 32 LAMal et rémunération à prix avantageux

L'avant-projet propose que le Conseil fédéral soit habilité à déterminer quand et comment l'examen périodique des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations (EAE) doit être effectué selon la nature de la prestation. Il s'agit notamment de fixer des principes pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible des médicaments, des analyses ainsi que des moyens et appareils (LiMA).

Le PS Suisse soutient la proposition et estime qu'il est nécessaire que les examens périodiques sur les critères EAE soient opérés en fonction de la nature de la prestation.

Parti socialiste suisse
Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne
Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70
info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

Tarif de référence équitable pour un choix libre de l'hôpital dans toute la Suisse

Depuis la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les assuré-e-s ont le libre choix, pour le traitement stationnaire, entre les établissements figurant sur la liste des hôpitaux de leur canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). L'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération (cf. art. 49a LAMal), au maximum selon le tarif applicable pour le traitement en question dans le canton de résidence.

Cependant la loi ne règle pas les modalités de fixation de ce tarif de référence, lorsque plusieurs hôpitaux répertoriés du canton de résidence fournissent le traitement en question. De ce fait, les cantons ont donc toute latitude pour choisir le tarif déterminant pour le tarif de référence, notamment en fixant des tarifs de référence trop bas et donc irréalistes, ce qui peut entraver le libre choix des assuré-e-s.

Le PS Suisse est favorable au nouvel art. 41 AP-LAMal, qui vise à clarifier l'établissement du tarif de référence. Désormais, les cantons doivent fixer un tarif de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. Celui-ci doit se fonder sur le tarif d'un traitement comparable dans un hôpital qui figure sur la liste des hôpitaux du canton de résidence. Les assureurs et le canton de résidence assurent la prise en charge selon le tarif de référence, jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital qui effectue le traitement.

Transmission électronique des factures

La nouvelle législation prévoit que les fournisseurs de prestations et les assureurs sont obligés de transmettre électroniquement leurs factures selon un standard uniforme. Selon le Conseil fédéral, ceci devrait permettre de mieux surveiller les factures et d'éviter de financer des prestations non nécessaires. Les détails techniques incombent aux partenaires tarifaires. Les assuré-e-s ont la possibilité d'obtenir les factures sous format papier sans frais supplémentaires.

Le PS Suisse est favorable à l'introduction d'une telle mesure. Néanmoins, il faudra veiller à ce que l'assuré puisse aussi recevoir en tout temps et gratuitement les factures en version papier ; il s'agit de ne pas discriminer la population ayant des difficultés avec les systèmes électroniques d'information.

Participation aux coûts de maternité : égalité de traitement des patientes

Le PS Suisse se félicite du fait que le Conseil fédéral souhaite apporter des éclaircissements juridiques sur la participation aux coûts de maternité. En effet, dans la pratique, il s'avère que les assureurs appliquent différemment la disposition légale, car l'art. 64, al. 7, let. b LAMal laisse une marge d'interprétation. S'il est interprété au sens strict, seules les prestations générales en cas de maladie (art. 25 LAMal) et les soins en cas de maladie (art. 25a LAMal) sont exemptées de participation aux coûts. À titre d'exemple, cela signifie qu'en cas d'accident ou d'interruption de grossesse non punissable à partir de la 13e semaine de grossesse, les patientes devraient prendre en charge la participation aux coûts.

Parti socialiste suisse
Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne
Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70
info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

C'est pourquoi l'avant-projet prévoit de compléter l'art. 64, al. 7, let. b LAMal par un renvoi aux prestations en cas d'infirmité congénitale, d'accidents et d'interruption de grossesse non punissable. Ainsi, ces prestations seront exemptées – outre celles visées aux art. 25 et 25a LAMal – de la participation aux coûts dès la 13e semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Néanmoins, le PS Suisse milite pour l'instauration de la gratuité des prestations pendant toute la durée de la grossesse. Concrètement, nous exigeons une modification matérielle de l'art. 64, al7, let. b LAMal afin que l'exemption de la participation au coût intervienne aussi durant les 12 premières semaines de grossesse. En effet, des complications telles que saignement ou fausse couche interviennent avant la 13e semaine. De plus, une grossesse extra-utérine se produit généralement avant la 13e semaine et les coûts engendrés ne sont pas considérés comme liés à une grossesse, ce qui est vraiment invraisemblable. En somme, ces inégalités de traitement ne sont pas acceptables et médicalement non justifiables.

De plus, lors des débats du Conseil national le 26 septembre dernier concernant la motion Kälin 19.3070 « Instaurer la gratuité des prestations pendant toute la durée de la grossesse » – motion qui a été adoptée par le plénum – le Conseil fédéral s'est engagé pour un remboursement sans franchise dès le début de la grossesse. C'est pourquoi le PS Suisse exige dans le présent projet des modifications de loi dans ce sens.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos remarques, nous vous prions de recevoir, Monsieur le conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, nos meilleures salutations.

Parti socialiste suisse

Mattea Meyer
Co-présidente

Cédric Wermuth
Co-président

Anna Nuzzo
Secrétaire politique

Parti socialiste suisse
Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne
Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70
info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

Schweizerische Volkspartei
Union Démocratique du Centre
Unione Democratica di Centro
Partida Populara Svizra

Generalsekretariat / Sécrétariat général
Postfach, CH-3001 Bern
Tel. +41(0)31 300 58 58, Fax + 41(0)31 300 58 59
gs@svp.ch, www.svp.ch, PC-Kto: 30-8828-5

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 30. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»: Vernehmlassungsantwort der SVP Schweiz

Sehr geehrter Herr Bundesrat,

Die SVP Schweiz packt die meisten Inhalte des zweiten Kostendämpfungspakets enttäuscht wieder ein und retourniert es an den Absender. Weder kann sie in diesem Paket einen tauglichen indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative erkennen, noch gesichertes Sparpotential. Das grösste Potential müsste in der Grundversicherung liegen, die inzwischen gut vier von fünf Gesundheitsleistungen abdeckt, was den Wettbewerb lähmt. Dabei wäre Wettbewerb das beste Mittel zu mehr Effizienz und Qualität ohne Verlust an Versorgungssicherheit.

Diese Vorlage stellt keinen Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative dar. Sie lässt allerdings erahnen, wie schädlich das EDI diese an sich wirkungslos formulierte Initiative umzusetzen gedenkt. Das Paket wird seinem Namen auch inhaltlich nicht gerecht. Mangels Regulierungsfolgeabschätzungen kann das in Aussicht gestellte Sparpotential nur auf Mutmassungen beruhen. Es ist keine nachvollziehbare Auswahl oder Priorisierung der aus dem Expertenbericht ausgewählten Massnahmen zu erkennen. Die SVP bemängelt bei dieser Gelegenheit ausserdem, dass der Bericht über nicht ausgeschöpftes Effizienzpotential im Gesundheitswesen erst mit dem Kostendämpfungspaket 2 der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurde. Dessen Erkenntnisse wären schon für das erste Paket von Interesse gewesen. Zu den einzelnen Inhalten des Kostendämpfungspaket 2 nimmt die SVP wie folgt Stellung:

Zielvorgabe: Die SVP Schweiz ist entschieden gegen Zielvorgaben. Faktisch möchte der Bundesrat damit Globalbudgets mit staatlich festgelegten Kostenzielen erzwingen. Statt die vernetzte Versorgungsplanung zu fördern, würden die Akteure im Gesundheitswesen durch planwirtschaftliches Silo-Denken in Sippenhaft genommen. Die SVP lehnt es strikt ab, dass durch sozialistische Staatsvorgaben die Rationierung in der Gesundheitsversorgung Einzug hält. In der Waadt haben solche Zielvorgaben mitnichten zu Kosteneinsparungen geführt, sondern lediglich die Kosten zu grösseren Teilen den Steuerzahlenden aufgebürdet.

Erstberatungsstelle: Indem der Bundesrat hiermit faktisch die Abschaffung der freien Arztwahl in diesem Paket vorschlägt, provoziert er wissentlich den grösstmöglichen Widerstand. Die SVP hat deshalb Zweifel, wie ernst es ihm mit diesem zweiten Kostendämpfungspaket ist. Ein solches Zwangsmittel lässt sich nicht rechtfertigen, nicht zuletzt aus Rücksicht auf chronisch Erkrankte. Die SVP lehnt den vorgeschlagenen Zwang zu Erstberatungsstellen aber nicht nur aus Sorge um die freie Arztwahl ab.

Obwohl die Managed-Care-Vorlage 2012 an der Urne deutlich abgelehnt wurde, besteht eine rege Nachfrage an Erstberatungsstellen, für die es auch gute Angebote gibt. Sieben

von zehn Versicherten wenden sich bereits freiwillig zuerst an ihren Hausarzt, HMO-Praxis oder lassen sich telemedizinisch beraten, bevor sie einen teuren Spezialisten konsultieren. Es ist nicht bekannt, dass systembedingte Fehlanreize die übrigen Versicherten bislang davon abhalten, so ein alternatives Versicherungsmodell (AVM) zu wählen. Wo nicht einmal der finanzielle Anreiz einen freiwilligen Wechsel zu einem AVM bewirkt, würde Zwang sicher kontraproduktiv wirken. Patientinnen und Patienten wollen und sollen auswählen können, wem sie sich mit ihren gesundheitlichen Problemen anvertrauen. Allenfalls könnte man den Krankenversicherern ermöglichen, das Hausarztmodell zum neuen Standardmodell zu erklären.

Eine weitere Fehlkonstruktion des bundesrätlichen Vorschlages besteht darin, die Definition der Erstberatungsstellen von den Krankenversicherern zu den Kantonen zu überantworten. Dabei ist der Mehrrollenkonflikt der Kantone schon heute einer der bekanntesten kostentreibenden Systemfehler unseres Gesundheitswesens.

Wenn die Versicherer grundsätzlich nur noch Leistungen vergüten dürften, welche die Erstberatungsstelle erbracht hat oder für welche diese eine Überweisung vorlegt, möchte der Bundesrat Ausnahmen für Notfälle vorsehen können. Dann müssten Notfälle konsequenterweise auch klar definiert werden.

Würden nebst den Zwangserstberatungsstelle auch systemfremde Zielvorgaben eingeführt, könnte sich der kumulierende Schadenseffekt bis hin zu einer Rationierung der Gesundheitsleistungen steigern.

Stärkung der koordinierten Versorgung durch die Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer: Der richtige Weg zu diesem Ziel kann nicht in einer obrigkeitlichen Uniformierung liegen, wie sie der Bundesrat hier vorschlägt. Die SVP bietet Hand, Qualität und Effizienz durch Stärkung des Wettbewerbs zu stärken.

Förderung von Programmen der Patientenversorgung zur Stärkung der koordinierten Versorgung: Die SVP fordert den Bundesrat auf, anstelle zu eng gefasster Regulierungen die Ausgestaltung den Tarifpartnern zu überlassen.

Regelung für Preismodellvereinbarungen und allfällige Rückerstattungen: Eine Nutzenorientierung bei der Preisfestsetzung ist grundsätzlich zu begrüssen. Neben der Nutzenbewertung und Qualitätskontrolle braucht es bei der Preisfestsetzung auch Transparenz. Der Finanzierung durch die OKP-Solidargemeinschaft müssen ausserdem noch klare Grenzen gesetzt werden. Entscheidend ist am Ende, dass Innovationen zu den Patientinnen und Patienten gelangen, also ab dem Tag der Zulassung durch Swissmedic, ohne Monate oder Jahre des quälenden Wartens auf einen Vergütungsentscheid des BAG. Völlig unangebracht ist aus Sicht der SVP die Absicht, auf Verordnungsstufe das Kostengünstigkeitsprinzip für Arzneimittelpreise einzuführen.

Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen: Die SVP lehnt Intransparenz bei der Preisbildung ab, solange die OKP-Solidargemeinschaft dafür aufkommen muss und kein HTA-Programm (Health Technology Assessment) vorliegt.

Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien sowie für die Bemessung der kostengünstigsten Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen: Die SVP hat eine WZW-Prüfung nach Artikel 32 im Kostendämpfungspaket 1b bereits als Teil der nationalrätlichen Mehrheit abgelehnt. Eine solche Kompetenzverlagerung an die Verwaltung würde die Wirtschaft mit lähmender Unplanbarkeit konfrontieren. Eine Konkretisierung der WZW-Kriterien kann und muss durchaus erfolgen, aber in Zusammenarbeit mit den betroffenen Akteuren.

Die Preise der Pharmabranche hängen vom Wechselkurs ab, dem bislang mit der bewährten dreijährigen Preisüberprüfung Rechnung getragen werden konnte. Ob die Mehreinsparungen einer alljährlichen Überprüfung den bürokratischen Mehraufwand in den Branchen und beim BAG rechtfertigen, ist mehr als fraglich.

Statt mit diesem zweiten Kostenpaket unausgeschöpfte Einsparpotentiale und strukturelle Fehlanreize im Gesundheitswesen anzugehen, versteift sich der BR darauf, einseitig die Preise der Medikamentenpreise noch weiter drücken zu können. Liest man den erläuternden Bericht richtig, droht sogar eine mit vertraglichen Pflichten der Schweiz unvereinbare Diskriminierung ausländischer Hersteller.

Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern: Mit dem Swiss DRG sind Referenztarife bei der Spitalwahl bereits gegeben. Weiteres Verbesserungspotential kann mit EFAS ausgeschöpft werden.

Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung: Hiermit ist die SVP einverstanden. Zur Stärkung der Eigenverantwortung sollten die Versicherten in jedem Fall über die Kosten ihrer Behandlung in verständlicher Form auf elektronischen Weg orientiert werden.

Änderungen in der Invalidenversicherung: Die IV muss ihre Schulden insbesondere der AHV gegenüber unbedingt abbauen. Dieses Ziel wird am Besten erreicht, wenn die Leistungen der IV den Empfängern die Behandlungen finanzieren, die eine Rückkehr in ein selbstbestimmtes Erwerbsleben ermöglichen. Eine zielführende Behandlung darf auch mehr kosten als eine auf den ersten Blick günstigere Behandlung, die aber keine Genesung verspricht. Ein Kostengünstikgeitsprinzip wäre deshalb auch bei der Vergütungsbemessung von IV-Arzneimitteln der falsche Ansatz. Die bessere Ausschöpfung der Chancen der Digitalisierung in der IV, konkret die Förderung der elektronischen Rechnungsstellung, ist dagegen klar zu befürworten.

Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft: Die SVP lehnt diese Präzisierung ab. Art. 40a Abs. 3 Bst. a kann ersatzlos gestrichen werden.

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Präsident	Der Generalsekretär
Marco Chiesa, Ständerat	Emanuel Waeber

AG Berggebiet c/o Solidaritätsfond Luzerner Bergbevölkerung
Ruedi Lustenberger, Präsident, a. Nationalrat,
Flüebodenmatt 1, 6113 Romoos

Herr Bundesrat
Alain Berset
Vorsteher EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Romoos, 17. November 2020

Stellungnahme der Arbeitsgruppe Berggebiet zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung –Paket 2) als indirekter Gegenvor-schlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kosten-bremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die AG Berggebiet bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung –Paket 2) als indirekter Gegenvor-schlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien –Kosten-bremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Die Arbeitsgruppe (AG) Berggebiet ist an den Solidaritätsfond Luzerner Bergbevölkerung angegliedert. Sie äussert sich zu Themen, welche für das Berggebiet und den ländlichen Raum von politischer Relevanz sind.

Die Arbeitsgruppe Berggebiet unterstützt vollumfänglich die Stellungnahme der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) in der Beilage.

Aus Sicht der AG Berggebiet besteht im Gesundheitswesen dringender Handlungsbedarf. Die Kosten im Gesundheitswesen steigen ständig weiter an. Alle bisherigen Versuche, die Kosten zu stabilisieren oder zu senken sind erfolglos geblieben. Gleichzeitig nimmt die Versorgungsqualität in den Berggebieten und ländlichen Räumen laufend weiter ab. Die Versorgung mit Hausärzten ist nicht mehr überall gewährleistet und zahlreiche Spitäler in ländlichen Regionen sollen geschlossen werden (die Rede war Anfang 2020 noch von der Schliessung von rund 120 Spitälern). **Die Schere zwischen Kosten und Versorgungsqualität öffnet sich damit aus Sicht der Berggebiete und ländlichen Räume immer mehr.** Die Situation mag anders sein in städtischen Räumen mit einer hohen Versorgungsdichte auch an Leistungen der Spitzenmedizin. Die Gesundheitspolitik des Bundes trägt diesen unterschiedlichen räumlichen Voraussetzungen aber in keiner Art und Weise Rechnung. Sie muss deshalb grundlegend reformiert werden, damit sie auch auf die unterschiedlichen Situationen in den verschiedenen Raumtypen reagieren kann. Das Massnahmenpaket des Bundesrates enthält keinerlei Ansätze in dieser Richtung.

AG Berggebiet c/o Solidaritätsfond Luzerner Bergbevölkerung
Ruedi Lustenberger, Präsident, a. Nationalrat,
Flüebodenmatt 1, 6113 Romoos

Die Corona-Krise hat zudem mit aller Deutlichkeit vor Augen geführt, **dass die Resilienz des Gesundheitswesens und damit auch der Berggebiete und ländlichen Räume gestärkt werden muss**. Der weitergehende Verlust an Hausarztpraxen und an Spitälern in den Berg- und Landregionen führt dazu, dass in diesen Regionen die medizinische Versorgung kaum mehr gewährleistet werden kann und bei Krisen sehr rasch an die Grenzen stösst. Fehlende medizinische Versorgung führt auch in normalen Zeiten zu einem Attraktivitätsverlust der Regionen. Eine junge Familie wird es sich zweimal überlegen, in eine Region zu ziehen, in der kein Arzt und kein Spital vorhanden sind. Bereits kann beobachtet werden, dass auch ältere Personen aus Bergdörfern abwandern, weil sie keine medizinische Betreuung im Ort mehr vorfinden. Das vom Bundesrat vorgeschlagene Massnahmenpaket liefert keine Lösungsansätze für diese Problematik.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Arbeitsgruppe Berggebiet
c/o Solidaritätsfond Luzerner Bergbevölkerung

Ruedi Lustenberger, Präsident

Claudia Reis-Reis, Sekretariat

Beilage:

Stellungnahme der SAB (PDF)

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete

Abkürzung der Firma / Organisation : SAB

Adresse : Seilerstrasse 4, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Thomas Egger, Direktor

Telefon : 031 382 10 10

E-Mail : info@sab.ch

Datum : 11. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 7

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Der Bundesrat sieht das vorgeschlagene Massnahmenpaket als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremseinitiative der CVP. Die SAB lehnt diesen indirekten Gegenvorschlag und damit das Massnahmenpaket ab. Aus Sicht der SAB besteht im Gesundheitswesen dringender Handlungsbedarf. Die Kosten im Gesundheitswesen steigen ständig weiter an. Alle bisherigen Versuche, die Kosten zu stabilisieren oder zu senken sind erfolglos geblieben. Gleichzeitig nimmt die Versorgungsqualität in den Berggebieten und ländlichen Räumen laufend weiter ab. Die Versorgung mit Hausärzten ist nicht mehr überall gewährleistet und zahlreiche Spitäler in ländlichen Regionen sollen geschlossen werden (die Rede war Anfang 2020 noch von der Schliessung von rund 120 Spitälern). **Die Schere zwischen Kosten und Versorgungsqualität öffnet sich damit aus Sicht der Berggebiete und ländlichen Räume immer mehr.** Die Situation mag anders sein in städtischen Räumen mit einer hohen Versorgungsdichte auch an Leistungen der Spitzenmedizin. Die Gesundheitspolitik des Bundes trägt diesen unterschiedlichen räumlichen Voraussetzungen aber in keiner Art und Weise Rechnung. Sie muss deshalb grundlegend reformiert werden, damit sie auch auf die unterschiedlichen Situationen in den verschiedenen Raumtypen reagieren kann. Das Massnahmenpaket des Bundesrates enthält keinerlei Ansätze in dieser Richtung. Die Corona-Krise hat zudem mit aller Deutlichkeit vor Augen geführt, **dass die Resilienz des Gesundheitswesens und damit auch der Berggebiete und ländlichen Räume gestärkt werden muss**. Der weitergehende Verlust an Hausarztpraxen und an Spitälern in den Berg- und Landregionen führt dazu, dass in diesen Regionen die medizinische Versorgung kaum mehr gewährleistet werden kann und bei Krisen sehr rasch an die Grenzen stösst. Fehlende medizinische Versorgung führt auch in normalen Zeiten zu einem Attraktivitätsverlust der Regionen. Eine junge Familie wird es sich zweimal überlegen, in eine Region zu ziehen, in der kein Arzt und kein Spital vorhanden sind. Bereits kann beobachtet werden, dass auch ältere Personen aus Bergdörfern abwandern, weil sie keine medizinische Betreuung im Ort mehr vorfinden. Das vom Bundesrat vorgeschlagene Massnahmenpaket liefert keine Lösungsansätze für diese Problematik. Angesichts des grundlegenden Handlungsbedarfs ist die SAB der Überzeugung, dass nur eine neue Verfassungsbestimmung die entsprechenden Reformen einleiten kann. Ein Weiterbasteln auf dem bestehenden Weg ist aus Sicht der SAB nicht zielführend. Das Massnahmenpaket des Bundesrates sieht zahlreiche Bestimmungen vor, die das System des Gesundheitswesens nur noch komplizierter machen. **Die SAB erwartet vom Bundesrat, dass er einen direkten Gegenentwurf zur Kostenbremseinitiative erarbeitet,** der eine echte Reform mit folgenden Stossrichtungen ermöglicht: • Die Potenziale der **Digitalisierung** werden genutzt. Die Schweiz hinkt im Bereich E-Health meilenweit hinter den europäischen Nachbarstaaten her und gab in der Corona-Krise ein lamentables Bild ab (Übermittlung von Daten per Fax als ein Stichwort). • Die **Tarifgestaltung** wird dermassen revidiert, dass den unterschiedlichen räumlichen Voraussetzungen Rechnung getragen wird. Ein Arzt

	in Poschiavo muss für die gleiche Leistung besser entschädigt, werden als ein Arzt in Basel. So kann ein Anreiz zur Niederlassung in den Bergregionen und ländlichen Räumen geschaffen werden. Heute ist es gerade umgekehrt. Der Bund muss dazu entsprechende Vorgaben erlassen, welche für die Tarifpartner verbindlich sind. • Der **Numerus Clausus** muss fallen gelassen werden, zumindest für jene Ärzte, welche sich zu Hausärzten ausbilden lassen. • Komplementäre medizinische Betreuungsansätze wie z.B. **Advanced Practice Nurse** müssen anerkannt und gefördert werden. Durch Modelle wie die APN können die Kosten im Gesundheitswesen markant gesenkt werden, da nicht für jede Konsultation immer ein Arzt in Anspruch genommen werden muss. Mit diesen Modellen kann auch das Problem des Hausärztemangels etwas entschärft werden. • Die Bettenkapazitäten in den **Spitälern** müssen überprüft werden, auch unter Einbezug der Möglichkeiten der Armee und auf ihre Reaktionsfähigkeit in Krisenzeiten verifiziert werden. • Die medizinische Versorgung muss in einem integrierten Ansatz geplant werden. Unter einem integrierten Ansatz versteht die SAB dabei einen **räumlich integrierten Ansatz**. Die Versorgung mit medizinischen Leistungen vom Spital über den Hausarzt bis hin zu Zahnärzten und Apotheken sowie Pflegediensten muss gesamthaft in einem Kantonsgebiet oder dessen Teilregionen geplant werden. Synergien sind wo möglich zu nutzen, z.B. durch Kooperationen zwischen Ärzten und Spitälern, Schaffung von medizinischen Versorgungszentren usw. • Der von uns postulierte integrierte Ansatz muss auch dazu führen, dass das **Finanzierungssystem** im Gesundheitswesen überprüft wird. Die heutigen Finanzierungsmechanismen verhindern zum Teil neue, innovative Ansätze und sinnvolle Kooperationsmodelle. • (…) Angesichts unserer grundlegenden Haltung verzichten wir auf eine Stellungnahme zu einzelnen Punkten des Massnahmenpakets.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle					

konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Gemeindeverband

Abkürzung der Firma / Organisation : SGV

Adresse : Laupenstrasse 35, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Claudia Hametner, stv. Direktorin

Telefon : 031 380 70 00

E-Mail : claudia.hametner@chgemeinden.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGV	Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zur oben genannten Vorlage aus Sicht der 1'600 dem Schweizerischen Gemeindeverband (SGV) angeschlossenen Gemeinden Stellung nehmen zu können. Im Rahmen unserer Ausführungen beschränken wir uns auf grundsätzliche systemische Feststellungen und verzichten auf eine detaillierte Beurteilung der einzelnen Gesetzesartikel.
SGV	Mit dem vorliegenden zweiten Massnahmenpaket präsentiert der Bundesrat einen indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» der CVP. Mit verschiedenen Massnahmen soll das vorhandene Effizienzpotenzial ausgeschöpft und das Kostenwachstum gebremst werden. Der SGV lehnt das Reformpaket in der vorliegenden Form ab, da die zahlreichen Bestimmungen und engen Vorgaben das Gesundheitswesen komplizierter machen, eine echte koordinierte Versorgung und interdisziplinäre Zusammenarbeit erschweren und damit das eigentliche Ziel der Eindämmung der Gesundheitskosten verfehlen.
SGV	Die Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP lehnen wir ab. Ein solches System setzt falsche Anreize, bestraft diejenigen, die sich kostenbewusst verhalten und ist damit kontraproduktiv. Die Umsetzung der einschneidenden Zielvorgaben führen zu Rationierung und zu einer Verschlechterung der Versorgung. Sie erhöhen den Bürokratieaufwand und fördern das «Silo-Denken» der einzelnen Branchen, was allen Bestrebungen im Bereich der integrierten Versorgung diametral entgegenläuft. Sparmassnahmen dürfen aber nicht auf Kosten der Qualität der medizinischen Leistungen und der Versorgungssicherheit erfolgen!
SGV	Aus Sicht des SGV besteht ein dringender Handlungsbedarf, die koordinierte Planung und Versorgung im Gesundheitswesen weiter voranzutreiben und zu fördern. Diese trägt massgeblich zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei. Durch eine enge Koordination und interprofessionelle Zusammenarbeit aller Leistungserbringer und Fachkräfte entlang der Behandlungs- und Betreuungskette können die Qualität der Leistungen für die Patienten verbessert, unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermieden und die Kommunikationswege vereinfacht werden. Mit Netzwerken der koordinierten Versorgung, die ambulante und stationäre Leistungen aus einer Hand anbieten, lassen sich Synergien nutzen und Kosten sparen. Um die vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitswesen bewältigen zu können, braucht es eine Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen und eine bessere Zusammenarbeit aller Leistungserbringer mit neuen Finanzierungsmodellen. Dazu sind auf nationaler Ebene die dafür notwendigen Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen.
SGV	Der SGV begrüsst, dass der Bundesrat die koordinierte Versorgung stärken möchte. Der SGV engagiert sich seit vielen Jahren zusammen mit Partnern für eine bessere Koordination und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. So hat sich der SGV u.a. für einen Experimentierartikel ausgesprochen, der insbesondere auch Pilotprojekte der integrierten Versorgung ermöglicht. Heute garantieren Apotheken, Haus- und Kinderärzte, und die Leistungserbringer der Pflege die wohnortnahe medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung. Gemeinden,

	Städte und Leistungserbringer tragen mit ihren Initiativen zur Stärkung der integrierten Versorgung und mit einer lokalen bzw. regionalen Koordination aktiv zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei. Damit schweizweit mehr solche Initiativen für integrierte Versorgungsmodelle entstehen, ist es aber entscheidend, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit und die nötigen Koordinationsaufgaben dem Nutzen und Aufwand entsprechend vergütet werden.
SGV	Zur Stärkung der koordinierten Versorgung definiert der Bundesrat in Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer und die Zulassungsvoraussetzungen, welche diese Netzwerke erfüllen müssen. Der SGV begrüsst, dass solche Netzwerke dabei als Einrichtung «unter einen Dach» im Sinne von Gesundheitszentren oder als regionales Netzwerk ausgestaltet werden können. Schweizweit gewinnen Verbundlösungen bzw. die Erkenntnis, dass im Gesundheitswesen vermehrt regional oder gar überregional ausgetauscht und geplant werden muss, an Bedeutung. Aus Sicht des SGV ist dabei entscheidend, den Leistungserbringern zusammen mit den lokalen Behörden den nötigen Handlungsspielraum zu ermöglichen. Versorgungsmodelle bzw. Netzwerke der koordinierten Versorgung sind dann erfolgreich, wenn sie bottom up, auf die konkreten Bedürfnisse vor Ort bzw. in der Region zuggeschnitten sind, gemeinsam entwickelt und mitgetragen werden. Vorzuschreiben, dass ein Netzwerk der koordinierten Versorgung zwingend unter ärztlicher Leitung zu stehen hat, halten wir für den falschen Ansatz. Die Leitung eines Netzwerkes der koordinierten Versorgung soll verschiedenen Leistungserbringern offen stehen. Die ausdrückliche Bezeichnung der Leitung durch eine Berufsgruppe ist nicht zielführend und widerspricht dem Grundgedanken der interprofessionellen Zusammenarbeit.
SGV	Ein weiterer Schwerpunkt des Pakets liegt auf der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle. Der SGV begrüsst die Grundidee, die der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle vorschlägt: Erstberatungsstellen sind wichtige Anlaufstellen bei gesundheitlichen Fragen. Sie sollen die Versicherten beraten und entscheiden, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist. Ihnen kommt auch eine wichtige Rolle in der Koordination mit anderen Leistungserbringern zu. Heute bieten verschiedene Versicherer im Rahmen ihrer Versicherungsmodelle eine Erstberatung an. Die Interessenlagen der Verantwortlichen für die Erstberatung sind in den weiteren Überlegungen zu berücksichtigen. Art. 40a Ziffer 3 legt fest, wer die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben kann. Eine Beschränkung der Erstberatungsstelle auf Ärztinnen und Ärzte bzw. auf Netzwerke zur koordinierten Versorgung unter der Leitung von Ärztinnen und Ärzte– ohne beispielsweise auch die Apotheken als mögliche Akteure zu erwähnen – halten wir für nicht zielführend. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere in ländlichen und peripheren Gebieten vielerorts kein Arzt oder Spital vorhanden sind, kommt dem dichten Apotheken-Netz in der Schweiz eine wichtige Rolle zu. Die Apotheken bieten bei vielen gesundheitlichen Fragen schnell und kompetent Hilfe und entlasten bereits heute als erste Anlaufstelle Hausärztinnen/Hausärzte und Notaufnahmen der Spitäler. Sie leisten mit verschiedenen Beratungsangeboten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge und damit zur Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen. Was die vorgesehene Pauschalvergütung für Leistungen von Erstberatungsstellen und Netzwerken anbelangt, so steht der SGV diesem Vorhaben grundsätzlich kritisch gegenüber. Die Koordinationsleistungen sind dem Nutzen und Aufwand entsprechend zu vergüten. Mit Pauschalen wird das finanzielle Risiko von den Versicherungen auf die Leistungserbringer abgeschoben. Die Festlegung einer Pauschalvergütung darf jedoch nicht zur faktischen Rationierung oder gar Verschlechterung von Versorgungsleistungen führen. Die Massnahmen des Bundes müssen die in der koordinierten Versorgung nötige Innovation und Flexibilität ermöglichen und dürfen diese nicht mit zu engen Vorgaben einschränken.

SGV	Fazit: Das Massnahmenpaket des Bundesrats nimmt mit den Erstberatungsstellen und der Anerkennung von Netzwerken der koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer grundsätzlich wichtige Anliegen auf. Die Bestimmungen beinhalten aber weitreichende Vorgaben, die das Gesundheitswesen insgesamt komplizierter machen und die eigentlich gewollte Stärkung der koordinierten Versorgung erschweren. Mit Art. 117a ist die medizinische Grundversorgung in der Verfassung verankert. Auf dieser Basis ist eine gemäss Verfassungsauftrag funktionierende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität auch in Zukunft sicherzustellen und die Gesundheitsversorgung in einem integrierten Ansatz zu planen und zu fördern. Die Finanzierungsmechanismen sind so auszugestalten, dass sie innovative Ansätze und sinnvolle Kooperationsmodelle ermöglichen und nicht behindern.

Schweizerischer Städteverband
Union des villes suisses
Unione delle città svizzere

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 12. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2), Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zur erwähnten Vernehmlassung Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Städteverband vertritt die Städte, städtischen Gemeinden und Agglomerationen in der Schweiz und damit gut drei Viertel der Schweizer Bevölkerung.

Gerne übermitteln wir Ihnen unsere Bemerkungen und Anträge mittels dem zur Verfügung gestellten Word-Formular.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband

Präsident	Direktorin
Kurt Fluri, Nationalrat Stadtpräsident Solothurn	Renate Amstutz

Kopie Schweizerischer Gemeindeverband

Monbijoustrasse 8, Postfach, 3001 Bern
Telefon +41 31 356 32 32
info@staedteverband.ch, www.staedteverband.ch

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Städteverband

Abkürzung der Firma / Organisation : SSV

Adresse : Monbijoustrasse 8, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Franziska Ehrler

Telefon : 031 356 32 47

E-Mail : franziska.ehrler@staedteverband.ch

Datum : 12.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen Fehler! Textmarke nicht definiert.
Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SSV	Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zur Gesetzesänderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Städteverband vertritt die Städte, städtischen Gemeinden und Agglomerationen in der Schweiz. Grundsätzlich begrüsst der Städteverband Massnahmen zur Kostendämpfung, da die steigende Prämienbelastung das Haushaltbudget belasten und im schlimmsten Fall zum Armutsrisiko werden kann. Allerdings müssen die Qualität der medizinischen Leistungen sowie die Versorgungssicherheit gewährleistet bleiben und es ist zu verhindern, dass es zu einer Zweiklassenmedizin kommt. Wir verzichten auf eine detaillierte Beurteilung der einzelnen Gesetzesänderungen und äussern uns eher allgemein zu einigen konkreten Punkten der Vorlage.
SSV	**Einführung einer Zielvorgabe:** Zur Vernehmlassung der Zielvorgabe wäre es notwendig, die Regulierungsfolgenabschätzung einzusehen, die jedoch aktuell erst von SECO erstellt wird. Viele weitere Fragen sind hier offen: - Das Kostenproblem wird an die Tarifpartner bzw. letztlich an die Leistungserbringer abgegeben. U.E. kann dies der Komplexität des Sachverhaltes nicht gerecht werden. - Eine Zielvorgabe aufgrund des Globalbudgets wird schlussendlich nicht um eine Einschränkung des Leistungsangebotes herumkommen. Wie kann sichergestellt werden,… o dass die Zugangsgerechtigkeit erhalten bleibt und keine Zweiklassenmedizin die Folge ist? o dass die Qualität der medizinischen Leistungen und die Versorgungssicherheit aufrecht erhalten bleibt? - Wie wird der administrative Aufwand für die Zielvorgabe finanziert? Im Bund werden Ressourcen eingestellt, wie jedoch finanzieren die anderen Tarifpartner den Aufwand?
SSV	**Einführung einer Erstberatungsstelle:** Gemäss Vernehmlassungsvorlage sollen die Kantone neu Erstberatungsstellen bestimmen, welche beurteilen, ob eine Untersuchung oder eine Behandlung notwendig ist. Wer ein gesundheitliches Problem hat, hat sich vorweg an eine solche vorgeschriebene Erstberatungsstelle zu wenden. Es fehlt eine solide Kostenabschätzung sowie eine Regulierungsfolgenabschätzung der flächendeckenden Einführung von Erstberatungsstellen. Es stellt sich die Frage, ob der administrativ-bürokratische Aufwand in einem vernünftigen Verhältnis zur

	Kosteneinsparung steht. Im Hinblick darauf, dass die medizinische Erstberatung für viele Versicherte auf freiwilliger Basis bereits heute Realität ist, erlauben wir uns, festzustellen, dass der Effekt der gesetzlichen Verankerung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wohl nicht allzu gross sein dürfte. - Wie wird sichergestellt, dass das System Erstberatungsstelle nicht zu Verzögerung von dringlicher medizinischer Versorgung oder zu anderweitigen Behandlungsverzögerungen führt? Zwar sind Notfälle vom Umweg über die Erstberatungsstelle ausgenommen, doch ist «Notfall» nicht definiert. Die Erfahrungen mit Corona und die damit in Verbindung stehende Aufforderung, nur mit Dringlichstem zum Arzt zu gehen, haben gezeigt, dass Patienten mit diversen dringlichen medizinischen Problemen sich viel zu spät in medizinische Versorgung begeben haben und damit nicht nur die Gesundheit gefährdet wird, sondern auch die Kosten inadäquat steigen - Der zwingend erforderliche vorgängige Besuch einer kantonalen Erstberatungsstelle könnte für viele vulnerable Menschen zu einer unüberwindbaren Barriere zur Nutzung der vorhandenen niederschwelligen medizinischen Angebote in den Städten oder allgemein der medizinischen Versorgung werden. Dies ist vor allem auch aus Public Health Sicht unbedingt zu vermeiden. Es muss darum gewährleistet bleiben, dass vulnerable Personen nach wie vor einen niederschwelligen, möglichst einfachen Zugang zu medizinischen Dienstleistungen erhalten. Dies beispielsweise dadurch, dass die niederschwelligen Angebote auch benutzt werden können, ohne vorweg eine Erstberatungsstelle zu besuchen (beispielsweise durch eine entsprechende Ergänzung in KVG Art. 40c Ziffer 2, die neu heissen würde: "Das Erfordernis einer Überweisung gilt nicht in Notfällen und für die Inanspruchnahme von niederschwelligen Angeboten."). Eine andere denkbare Lösung wäre, dass die vorhandenen niederschwelligen Angebote von Amtes wegen als Erstberatungsstelle zugelassen sind. - Es muss vermieden werden, dass das System Erstberatungsstelle zu einem Parallelsystem der ärztlichen Grundversorgung mit Kostenzunahme wird. - Bei polymorbiden Personen und Patient*innen mit chronischer Krankheit ist der Zugang zu den sowieso nötigen Leistungen über eine Erstberatungsstelle nicht zielführend und widerspricht dem Prinzip der koordinierten Versorgung. Die Erstberatungsstelle darf nicht zu unnötigen Durchlaufstelle werden. Hier bräuchte es eine differenziertere Regelung. - Pauschalabgeltung für Leistungen der Erstberatungsstelle: Das finanzielle Risiko wird vom Versicherer auf den Leistungserbringer abgeschoben. Es wird im erläuternden Bericht darauf hingewiesen, dass für die Leistungserbringer der Erstberatungsstelle Patient*innen mit einem erhöhten medizinischen Bedarf trotzdem interessant sein könnten, da sie durch sie eigene – separat zu finanzierende – Leistungen generieren könnten. Dies scheint u.E. ein ungenügender Schutz davor, dass nur Patient*innen mit «guten Risiken» von einer Erstberatungsstelle angenommen werden, zudem gibt es Ärzte, v.a. Hausärzte, die allenfalls die notwendige spezialmedizinische Leistung gar nicht selber erbringen können. Die Gefahr könnte z.B. bestehen, dass sich kostenintensive medizinische Angebote selber eine Erstberatungsstelle vorschalten.
SSV	**Stärkung der koordinierten Versorgung:**

	Im Grundsatz wird die Förderung von Netzwerken und Programmen der koordinierten Patientenversorgung begrüsst. Jedoch ist dabei die Anpassung auf regionale Verhältnisse sehr wichtig, weshalb den Kantonen eine tragende Rolle zukommen sollte. Die Vorlage sollte diesbezüglich noch einmal überprüft werden. Zudem wäre eine Konkretisierung wünschenswert, da sie in der aktuellen Version wenig konkret und deshalb schwierig zu beurteilen ist.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation

Abkürzung der Firma / Organisation : ASSGP

Adresse : Effingerstrasse 14, 3011 Bern

Kontaktperson : Martin Bangerter (Geschäftsführer)

Telefon : 079 455 74 90

E-Mail : m.bangerter@assgp.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ASSGP	Der Schweizerische Fachverband für Selbstmedikation ASSGP ist der Verband der Hersteller- und Vertreiberfirmen von OTC-Arzneimitteln sowie von (substance based) Medizinprodukten und von Nahrungsergänzungsmitteln. Unsere Mitglieder repräsentieren gut 80% des entsprechenden Marktvolumens. Unsere Mitglieder sind vom vorgeschlagenen Massnahmenpaket insbesondere als Hersteller- und/oder Vertriebsfirma von SL-Produkten (OTC und Rx) teilweise unmittelbar betroffen. *Wir haben unsere Positionen insbesondere mit scienceindustries abgesprochen. Soweit wir uns zu einzelnen Punkten nicht explizit äussern unterstützen wir die von scienceindustries eingebrachten Positionen, Vorschläge und Argumente im Wortlaut. Wir bitten Sie dies bei der Auswertung der Vernehmlassungsantworten entsprechend zu berücksichtigen und danken Ihnen dafür.*
ASSGP	**Grundsätzliche Bemerkung** Es ist nachvollziehbar, dass sich die vorgeschlagenen Lösungen auf Leistungen und Angebote im Gesundheitswesens konzentrieren, welche die OKP belasten. Wie andere Verbände auch stört uns aber die einseitige Fokussierung auf die Einsparung von Kosten unter Inkaufnahme von teils unnötigen Einschränkungen der Verfügbarkeit und/oder der Qualität von Leistungen für die Patienten/-innen. Im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung eines gut verfügbaren Angebotes mit einem möglichst optimalen Verhältnis von qualitativ hochstehenden, zielführenden Lösungen und einem tragbaren Preis ist es in unserer Wahrnehmung ebenso wichtig, dass bestehende Potenziale aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens eruiert und Anreize geschaffen werden, um diese zu Gunsten einer Kostenvermeidung/-dämpfung in der OKP zu stärken, zu fördern und wo möglich auszubauen. Aus unserer Sicht betrifft dies insbesondere die Möglichkeiten der Apotheken und Drogerien im Bereich der Selbstmedikation. Wird diese durch Fach- und Medizinalpersonen begleitet, leistet sie erwiesenermassen einen wichtigen Beitrag, um vermeidbare Arztbesuche und Arzneimittelverschreibungen zu reduzieren. Die spezifisch dafür ausgebildeten Fachleute in Apotheken und Drogerien gewährleisten, dass einerseits Erkrankungen sicher behandelt werden können, ohne die OKP in Anspruch nehmen zu müssen und entlasten dadurch die ärztlichen Grundversorger/-innen, damit deren Potenzial dort zur Verfügung steht, wo es wirklich gebraucht wird. Andererseits stellen Apotheker/-innen und Drogist/-innen aber sicher, dass die Grenzen der Selbstmedikation respektiert und unnötige Folgekosten auf Grund verzögerter Behandlungen vermieden werden, in dem sie wo nötig die Patienten/-innen zeigerecht an eine/-n Arzt/Ärztin oder an andere Spezialisten/-innen überweisen. Die Möglichkeiten von Apotheken und Drogerien im Bereich der Selbstmedikation sind im Rahmen der letzten HMG-Revision klar gestärkt worden. Als Fachverband für Selbstmedikation haben wir uns diesbezüglich ebenfalls sehr engagiert und in den jeweiligen Projekten eingebracht. Es ist uns im Namen unserer Mitglieder deshalb ein Anliegen, dass dieses neu geschaffene Potenzial zur Vermeidung von OKP-Kosten im Zusammenhang

	mit den Kostendämpfungsmassnahmen klar besser berücksichtigt und zum Tragen gebracht wird. Dazu sind in unserer Wahrnehmung einerseits konkrete auf diesen Bereich bezogene Anreize, Massnahmen und Konzepte notwendig, andererseits müssen die Möglichkeiten und Kompetenzen der entsprechenden Fach- und Medizinalpersonen im Rahmen der koordinierten Versorgung besser berücksichtigt und eingebunden werden.
ASSGP	**Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien und Kostengünstigkeitsprinzip** Arzneimittel müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Diese Voraussetzungen sollen auch zukünftig in definierten, regelmässigen Intervallen überprüft werden. Dabei ist auf eine ausgewogene Beurteilung der drei Voraussetzungen zu achten. Ebenfalls sind die spezifischen Gegebenheiten zu berücksichtigen, welche den Therapie- und Herstellungskonzepten der jeweiligen Arzneimittel, insbesondere auch phytotherapeutischen und komplementärmedizinischen Präparaten, zu Grunde liegenden. Eine einseitige Gewichtung der Beurteilung auf Grund des vorgeschlagenen Kostengünstigkeitsprinzips sowie die vorgeschlagene, weitreichende Delegation der Festlegung der WZW-Prüfungsgrundsätze an den Bundesrat lehnen wir klar ab. In diesem Sinn hat auch der Nationalrat im Rahmen der Beratung zum Kostendämpfungspaket 1b eine entsprechende Anpassung von Art. 32 KVG bereits deutlich abgelehnt.
ASSGP	**Stärkung der koordinierten Versorgung** Die Förderung einer koordinierten Versorgung ist für uns ein zentrales Anliegen. Wie Eingangs erläutert sollen sich entsprechende Anreize und Massnahmen allerdings nicht ausschliesslich auf Bereiche beschränkten, die im Rahmen der OKP vorgesehen sind. Vielmehr sollen auch Leistungen von Fach- und Medizinalpersonen mit einbezogen werden, die nicht zu Lasten der OKP entschädigt werden, die aber dazu beitragen, dass im Rahmen der OKP Kosten vermieden werden können, ohne die Behandlungssicherheit in Frage zu stellen (z.B. fachlich begleitete Selbstmedikation, s. oben).
ASSGP	**Schaffung einer Erstberatungstelle** Im Bereich der Telemedizin und auch durch Krankenversicherer besteht bereits ein vielfältiges Angebot für Erstberatungen, welche das Ziel haben der OKP Kosten durch unnötige Arztbesuche, etc. zu ersparen. Eine Regelung, dass zwangsläufig eine Erstberatungsstelle konsultiert werden muss ist aus unserer Sicht unnötig. Wir lehnen diesen Vorschlag ab. Es ist für uns auch nicht ersichtlich, warum ein solches Angebot ausschliesslich Ärzten/-innen vorbehalten ist und andere Fach- und Medizinalpersonen im Rahmen ihrer Kompetenzen nicht mit einbezogen werden sollen. Dies widerspricht der Absicht zur Stärkung der koordinierten Versorgung und schwächt die Vernetzung der unterschiedlichen Fachleute im Gesundheitswesen.

Centre Patronal

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Chef du Département fédéral de l'intérieur
Inselgasse 1
3003 Berne

Paudex, le 16 novembre 2020
JSV/ma

Modification de la LAMal (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2ème volet)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous nous référons à la procédure de consultation mentionnée en titre et nous nous permettons de vous faire part de nos remarques à son sujet.

I. Remarques préliminaires

Le 2ème volet de mesures destinées à freiner la hausse des coûts constitue le second projet de révision de la LAMal fondé sur le Rapport du groupe d'experts mandaté par la Confédération du 24 août 2017. Ce dernier comprend 38 mesures destinées à limiter la croissance des coûts dans le domaine de l'assurance-obligatoire des soins (AOS). La révision proposée reprend 9 propositions (dont une supplémentaire constituant une modification en parallèle de la loi sur l'assurance-invalidité). Nous notons que le premier volet de mesures fait, à ce jour, encore l'objet de la procédure parlementaire. Nous regrettons enfin que la mesure M36 « Réduire les conflits de gouvernance des cantons » soit absente des deux volets de mesures. Elle aurait constitué une bonne occasion de participer à l'amélioration de la transparence et à la réduction des conflits d'intérêts des cantons qui cumulent bon nombre de rôles au sein du système sanitaire (planificateurs, propriétaires d'hôpitaux, autorité de validation des tarifs, subventionneurs, etc.). Enfin, nous rappelons que cet avant-projet constitue un contre-projet indirect à l'initiative du PDC « pour un frein aux coûts ».

II. Examen de la réglementation proposée

2.1 Objectif de maîtrise des coûts

Cet objectif représente la mesure la plus ambitieuse quant à l'impact sur le système de soins de l'ensemble des deux volets de mesures. Elle entend introduire un

Route du Lac 2
1094 Paudex
Case postale 1215
1001 Lausanne
T +41 58 796 33 00
F +41 58 796 33 11
info@centrepatronal.ch

Kapellenstrasse 14
Postfach 5236
3001 Bern
T +41 58 796 99 09
F +41 58 796 99 03
cpbern@centrepatronal.ch

www.centrepatronal.ch

système de budget global pour les traitements ambulatoires et les traitements stationnaires (ce qui est déjà possible actuellement pour les cantons en application de l'art. 51 LAMal pour les hôpitaux et EMS, et dans le cas des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts prévues par les art. 54 et 55 LAMal). Le projet prescrit que le Conseil fédéral définira, sur recommandation d'une commission consultative, un objectif national admissible de croissance des coûts de la santé. Celui-ci sera déterminé en fonction des volumes et des prix des prestations, justifiés médicalement et économiquement. Différents facteurs seront pris en considération, tels que l'évolution démographique et les progrès médico-techniques. Le Conseil fédéral formulera ensuite pour chaque canton un objectif spécifique en matière de coûts qui tiendra compte de leurs spécificités propres. Cette recommandation s'apparentera en réalité à une obligation puisque les cantons seront contraints de demeurer dans les limites d'une marge de tolérance, elle-même définie par le Conseil fédéral et identique pour tous. Les cantons pourront ensuite décider, dans ce cadre rigide, de la répartition des coûts entre des catégories qui auront également été préalablement définies par le Conseil fédéral. Enfin, le projet prévoit deux variantes de mesures correctrices plus ou moins contraignantes, pour le cas où les objectifs de maîtrise des coûts ne seraient pas atteints. Il s'agit, selon la variante, du droit ou de l'obligation pour les autorités de prendre des décisions de réduction des tarifs applicables aux prestataires de soins.

On ne voit dès lors pas comment le système de concurrence régulée prévu par la LAMal pourrait ne pas être affecté par cet objectif de maîtrise des coûts puisque, in fine, c'est la commission consultative qui décidera du caractère admissible de la croissance des coûts. Hormis les aspects bureaucratiques et étatistes de cette proposition, on s'inquiète très sérieusement de ses modalités d'application au niveau cantonal. Comment en effet concilier la notion de budget global avec celle de concurrence régulée, garante de la qualité des soins. Ainsi, un budget global ne créera plus aucune incitation à réaliser des soins de meilleure qualité au meilleur prix. En effet, des établissements reconnus pour la qualité des soins prodigués et qui verraient le nombre de leurs patients augmenter, pourraient être sanctionnés l'année suivante par une diminution globale des tarifs destinée à compenser l'augmentation des volumes. Par conséquent, les établissements sanitaires pourraient être tentés de limiter la prise en charge du nombre de patients pour rester dans les limites de leur budget et éviter des diminutions de tarifs arbitraires. On pourrait également assister à une situation inverse où les prestataires de soins seraient contraints d'augmenter massivement les volumes pour compenser les baisses de revenus induites par la diminution des prix décidées par l'Autorité : les coûts fixes n'ont en effet pas la même élasticité que les prix.

Cette réforme bouleverse les équilibres, certes perfectibles, du système de santé et fait indéniablement peser un risque sur la qualité des soins et la prise en charge des patients dans des délais raisonnables. Il peut en outre conduire à des incitations de surtraitements et favoriser les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire au détriment des assurés de base. Cette mesure crée par conséquent indubitablement les fondements d'une médecine à deux vitesses de moindre qualité.

Nous soulignons de plus que, dans la pratique, les budgets globaux utilisés dans le canton de Vaud, n'ont guère démontré leur efficacité en matière de limitation des coûts de la santé jusqu'à présent. Les prestations d'intérêt général, généreuses dans ce canton en comparaison intercantonale, ont largement contribué à présenter une situation bien meilleure qu'elle ne l'est en réalité.

Par conséquent, nous estimons que l'utilisation de cet outil présente des risques très importants pour le maintien de la qualité et de l'équité du système de santé. Nous y sommes donc absolument opposés.

Il vaut mieux dès lors se concentrer sur la mise en œuvre effective du système de concurrence régulée prévue par la LAMal et agir sur les incitatifs négatifs. A ce titre, le déploiement d'un dossier électronique du patient et d'un plan de médication partagé efficients, le projet EFAS et une réflexion sur la généralisation des forfaits ambulatoires, nous paraissent être des mesures bien plus adaptées pour contenir la hausse des coûts en conservant un système de soins de qualité. Il nous semble également que la littératie en santé (capacité d'un individu à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre et à l'utiliser) ainsi que la responsabilité individuelle doivent être encouragées : le patient reste au centre de sa prise en charge et il faut dès lors qu'il dispose des outils critiques pour l'aider à prendre ses décisions, notamment à l'aune des conséquences financières qui en résultent pour la collectivité.

2.2 Institution d'un premier point de contact

Les modèles alternatifs d'assurance prévoient déjà des systèmes similaires. Ils présentent l'avantage de permettre à l'assuré, s'il fait ce choix, de bénéficier d'un rabais sur ses primes d'assurance. La généralisation du système à tous les assurés supprimera cet avantage et restreindra par la même occasion la liberté de choix des assurés. En outre, la possibilité actuelle de s'adresser d'abord à un spécialiste peut également permettre de réaliser des économies en évitant l'étape du généraliste, en particulier pour les patients bien informés. On pense ici à la question du développement de la littératie en santé. On rappelle à ce titre qu'un des objectifs de la stratégie du Conseil fédéral concernant la politique de santé 2020-2030 est l'amélioration des compétences de la population en santé. Il stipule que *« l'ensemble de la population résidant en Suisse doit disposer d'informations transparentes, cohérentes et consistantes sur les opportunités et les risques des nouveaux développements médico-techniques, sur l'évolution des coûts dans le domaine de la santé, sur le croisement de plus en plus fréquent des données numériques de santé et sur la prévention des risques environnementaux. Consolidée, la compétence de santé renforce la responsabilité personnelle et la pondération face aux institutions financées de manière solidaire* » (Politique de santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030, page 16). Si l'on entend réellement renforcer la responsabilité individuelle, il est contre-productif d'infantiliser dans le même temps les citoyens en leur imposant la nécessité d'un passage par un « gatekeeper ». Enfin, d'un point de vue pratique, à court et moyen terme, la mise en œuvre de cette disposition nécessitera une augmentation conséquente du nombre de médecins généralistes. Cela prendra nécessairement du temps et induira dans l'intervalle des listes d'attentes qui se traduiront inévitablement par un recours massif aux services d'urgences déjà surchargés des hôpitaux. Par conséquent, nous sommes opposés à cette mesure. Enfin, si 70% des citoyens ont déjà opté pour un modèle alternatif d'assurance, il n'y a pas de nécessité objective de rendre la mesure obligatoire pour l'ensemble de la population et restreindre ainsi la responsabilité personnelle en contradiction avec la stratégie précitée.

2.3 Renforcement des soins coordonnés

Cette proposition fait pleinement sens et, par conséquent, nous y souscrivons.

2.4 Promotion des programmes de prise en charge des patients afin de renforcer les soins coordonnés

En lien avec la mesure précédente, nous souscrivons également à cette proposition.

2.5 Base légale pour l'examen différencié des critères « EAE »

Nous considérons que cette norme de délégation est très étendue et fragilise la sécurité du droit pour l'ensemble des acteurs du système de santé. En effet, Le Conseil fédéral pourrait ainsi modifier l'ensemble des règles pour l'examen des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE) sans impliquer le législateur. Le dispositif semble couvrir toutes les prestations de la LAMal et permettrait ainsi au Conseil fédéral de créer une base légale consacrant le principe d'une rémunération aussi avantageuse que possible en lui donnant la priorité par rapport à la qualité des traitements ou à la capacité d'innovation du système de santé suisse. Nous y sommes donc opposés.

2.6 Modèles de prix et restitutions

Nous ne nous prononçons pas sur cette mesure.

2.7 Exception à l'accès aux documents officiels dans le cadre des modèles de prix

Nous renonçons à prendre position sur cette mesure.

2.8 Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse – tarifs de référence équitables

Depuis la réforme du financement hospitalier, les assurés ont le libre-choix de leur hôpital pour les traitements stationnaires, pour autant que l'établissement figure sur la liste hospitalière de leur canton de résidence ou sur celle où se situe l'hôpital faisant l'objet du choix. Les cantons doivent fixer les tarifs de référence mais les modalités de fixation du tarif ne sont pas définies par la loi. Les cantons peuvent donc fixer des tarifs trop bas et biaiser ainsi la concurrence, le patient n'ayant alors aucun intérêt financier à se faire soigner dans une structure extra-cantonale. Nous sommes donc favorables à une réglementation permettant de supprimer cet écueil. On regrette toutefois que la voie de l'ordonnance soit choisie pour la définition des critères applicables. Il faudra par conséquent éviter des mécanismes de définition des tarifs trop complexes.

2.9 Transmission électronique des factures

En raison de la simplification que permet l'utilisation des outils informatiques, nous sommes favorables au transfert électronique des factures. Il convient de souligner, que même si la réglementation envisagée prévoit de maintenir la possibilité pour l'assuré de recevoir la facture sur support papier, les assureurs-maladie et les

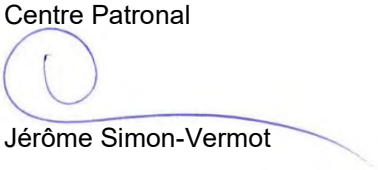
prestataires de soins auront tout intérêt à convaincre leurs clients d'opter également pour ce mode de transmission.

2.10 Mesures dans l'assurance-invalidité et participations aux coûts de maternité

Nous renonçons à prendre position sur ces mesures.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ces lignes, et vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre haute considération.

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot

Centre Patronal

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Chef du Département fédéral de l'intérieur
Inselgasse 1
3003 Berne

Paudex, le 3 février 2021
JSV/ma

Réponse à la consultation - Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, réduction des primes) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) »

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous nous référons à la consultation citée en titre et nous vous faisons parvenir notre position à son sujet.

I. Remarques préliminaires

L'initiative populaire d'allégement des primes a abouti le 25.02.2020 avec 101'780 signatures valables. Elle s'inscrit dans le cadre des préoccupations légitimes de la population qui est confrontée à la hausse incessante des coûts de la santé et des primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins.

La modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie faisant l'objet de la présente consultation constitue le contre-projet indirect du Conseil fédéral à cette initiative.

A noter que nous sommes opposés à l'initiative. En effet, celle-ci ne s'attaque pas aux causes de l'augmentation des coûts de la santé, mais se contente d'en faire supporter les effets aux collectivités publiques qui devront assurer la prise en charge d'une partie des primes des administrés bénéficiaires des mesures de réduction. Cette manière de procéder ne génère aucune incitation pour les citoyens à restreindre leur consommation des prestations de soins. Elle introduit, en outre, les prémisses d'une prime calculée en fonction du revenu alors que la LAMal est fondée sur un système de prime par tête indépendant du revenu.

Route du Lac 2
1094 Paudex
Case postale 1215
1001 Lausanne
T +41 58 796 33 00
F +41 58 796 33 11
info@centrepatronal.ch

Kapellenstrasse 14
Postfach 5236
3001 Bern
T +41 58 796 99 09
F +41 58 796 99 03
cpbern@centrepatronal.ch

www.centrepatronal.ch

II. Remarques sur le contre-projet indirect

Le contre-projet indirect impose que chaque canton règlemente la réduction des primes de sorte à ce que le montant qu'il accorde annuellement à ce titre corresponde au moins à un pourcentage déterminé des coûts de l'assurance obligatoire des soins des assurés domiciliés sur son territoire. Les pourcentages de réduction proposés sont les suivants :

- 7.5% des coûts bruts lorsque les primes représentent en moyenne plus de 14% du revenu disponible des assurés ;
- 5% des coûts bruts lorsque les primes représentent en moyenne plus de 10% du revenu disponible des assurés ;
- 4% des couts bruts lorsque les primes représentent en moyenne 10% au plus du revenu disponible.

Les cantons sont tenus au respect de ces pourcentages minimums mais demeurent libres de prendre des mesures qui vont encore plus loin. Ils restent en outre compétents pour décider de la répartition des réductions en question au sein de leur population.

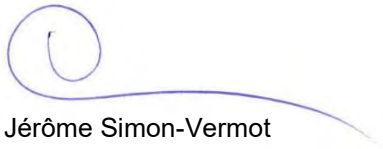
La solution proposée par le Conseil fédéral, même si elle laisse aux cantons une plus grande marge de manœuvre que l'initiative, bouleverse la répartition des tâches entre cantons et Confédération dans le domaine de la santé. En outre, la Confédération se contente de fixer des normes sans contribuer financièrement à leur mise en œuvre. En effet, le contre-projet n'envisage aucune augmentation des subsides fédéraux actuels de 7.5% en contrepartie des efforts supplémentaires qui seront demandés aux cantons, ce qui n'est pas admissible.

III. Conclusion

Les cantons ont d'ores et déjà la faculté de prévoir une limitation des primes en fonction du revenu. Le canton de Vaud connaît un tel système depuis septembre 2018. Actuellement, les primes sont limitées à 10% du revenu déterminant. Même si la mesure génère des coûts exorbitants pour la collectivité, les cantons doivent demeurer libres de tenter l'aventure s'ils le souhaitent, dans le respect du fédéralisme.

Par conséquent, au vu de ce qui précède, nous nous opposons à ce contre-projet indirect.
En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre haute considération

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot

Eidgenössisches Departement des Inneren
Inselgasse 1
3003 Bern

E-Mail-Adressen:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

19. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur «Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)» teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne im beiliegenden Antwortformular aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ausführlicher Stellung.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir ihnen im Voraus bestens. Bei Fragen oder für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

1) Kostenziel

Der Bundesrat will mit dem Kostendämpfungspakte 2 die Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems verbessern. Im Zentrum steht die Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll.

Position economiesuisse
Wir lehnen ein Kostenziel ab. Es kann nur mit zentralen Strukturen umgesetzt werden. Ein komplexes System wie das Gesundheitswesen muss aber dezentral funktionieren. Darüber hinaus kann man nicht bestimmen, wie hoch das optimale Kostenziel ist. Durch die Dynamik und Strukturveränderung in der

economiesuisse
Hegibachstrasse 47
Postfach CH-8032 Zürich
Telefon +41 44 421 35 35
Telefax +41 44 421 34 34

Verband der Schweizer Unternehmen
Fédération des entreprises suisses
Federazione delle imprese svizzere
Swiss Business Federation
www.economiesuisse.ch

medizinischen Versorgung wird sich auch das optimale Kostenwachstum pro Bereich verändern. Diese feingliedrigen Veränderungen kann man zentral nicht erfassen und man wird daher durch ein Kostenziel Strukturerhaltung betreiben. Das schwächt die Innovationsfähigkeit des Systems. Die Kostenentwicklung kann man am besten durch die Stärkung des Leistungswettbewerbs im Sinne des «Value based competition»-Ansatzes gemäss Porter/Teisberg beeinflussen. Dieser dezentrale Ansatz will die Outcome-Transparenz verbessern, um dann die Tarifierung entsprechend zu justieren. Dieser Ansatz motiviert die Akteure, ihre Behandlungsmethoden zu verbessern und resultiert in einem besseren Preis-Leistungsverhältnis für medizinische Leistungen.

2) Obligatorische Erstberatungsstelle

Zusätzlich schlägt der Bundesrat eine obligatorische Erstberatungsstelle für alle Versicherten vor, damit der Eintritt ins Gesundheitssystem besser koordiniert werden kann.

Position economiesuisse
Die Förderung von integrierter Versorgung ist unbestritten. Ein Obligatorium dazu wird jedoch zu einer Innovationsträgheit führen, weil der Modellwettbewerb innerhalb der Versicherungsmodelle wegfällt. Ein vielversprechenderer Weg sind finanzielle Anreize zugunsten dieser Modelle. Das kann man mit höheren Rabatten per se oder mit einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen erreichen. Letztere erhöht die ausgewiesene Ersparnis solcher Modelle, welche damit höhere Rabatte gewähren dürfen.

3) Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen

Ferner sollen die Kompetenzen des Bundes bezüglich der Vergütung medizinischer Leistungen gestärkt werden, damit diese zukünftig kostengünstiger erbracht werden können. Dazu gehört eine Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen sowie eine damit verbundene Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten.

Position economiesuisse
Die Wirtschaft ist mit dieser Massnahme einverstanden, sofern die Preistransparenz im Regelfall immer noch gewährleistet ist.

4) Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien

Zusätzlich werden die Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen geschaffen. Mit der Einführung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen soll der kantonsübergreifende Wettbewerb unter den Spitälern gefördert werden.

Position economiesuisse
Die Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit steht bereits im Gesetz. Sie muss seit der Einführung des KVGs umgesetzt werden. Ein gesetzlicher Handlungsbedarf in diesem Bereich ist aus Sicht der Wirtschaft nicht angezeigt. Allerdings werden die WZW-Kriterien heute sehr unterschiedlich konsequent umgesetzt; in gewissen Leistungsbereichen hinkt die Umsetzung dem Gesetzestext deutlich hinterher. Hier herrscht Handlungsbedarf auf Seiten des Amtes, die Umsetzung über sämtliche Leistungsbereiche zu vollziehen. Der Bereich der Medikamente bildet hier jedoch eine Ausnahme, da die Umsetzung der WZW-Kriterien bereits stark konkretisiert wurde (vgl. SL-Handbuch). Für die Wirtschaft ist es wichtig, dass die Kriterien für alle Betroffenen planbar und rechtssicher sind.

5) Weitere Massnahmen

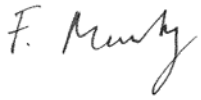
a) Obwohl die vorgeschlagene Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft zur Gleichbehandlung der Versicherten zu Mehrausgaben für die Grundversicherung führt, wurde dieser Passus ins Kostendämpfungspakt 2 aufgenommen.

Position economiesuisse
Die Kostenbeteiligung in der Mutterschaft wird anhand von zwei Motionen und einer Standesinitiative in der nächsten Session behandelt. Aus staatspolitischer Sicht sollte der Bundesrat deshalb in dieser Sache nicht vorpreschen. Die Wirtschaft lehnt diese Massnahme daher ab.

b) Ferner sollen Leistungserbringer und Versicherer verpflichtet werden, die Rechnungsübermittlung zukünftig elektronisch abzuwickeln. Im Paket enthalten ist auch eine entsprechende Anpassung betreffend den Preismodellen, den WZW-Kriterien und der elektronischen Rechnungsübermittlung für die Invalidenversicherung vorgeschlagen.

Position economiesuisse
Die Wirtschaft ist mit diesen Änderungsvorschlägen teilweise einverstanden, weil wir die vorgeschlagene Anpassung der WZW-Kriterien zurückweisen. Die jetzige Gesetzeslage bezüglich der Wirtschaftlichkeit ist genügend.

Freundliche Grüsse
economiesuisse



Prof. Dr. Rudolf Minsch
Stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung

Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : economiesuisse

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Hegibachstrasse

Kontaktperson : Fridolin Marty

Telefon : 044 421 35 26

E-Mail : fridolin.marty@economiesuisse.ch

Datum : 18.11.20

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 8

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 9

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Invalidenversicherung: Analoge oder gleichgerichtete Ausgestaltung wie im KVG betreffend die Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen, die Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen, die Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung gemäss den WZW-Kriterien und die elektronische Rechnungsübermittlung: Wir unterstützen diese Anpassung teilweise, sofern sie die Handhabung vereinfacht und arbiträre Unterscheidungen vermeidet. Die Zielsetzung der IV zur Eingliederung und für einen Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten soll bei der Ausgestaltung der WZW-Kriterien jedoch berücksichtigt werden. Analog dem KVG weisen wir auch im IVG den Vorrang der kostengünstigsten Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 zurück.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
economiesuisse	32	3		Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen: Diese Änderung ist sehr allgemein verfasst, hätte voraussichtlich, aber bedeutende Auswirkungen. Die WZW-Kriterien sind seit 1996 festgelegt, es wäre entsprechend sinnvoller, diese in allen Leistungsbereichen anzuwenden, statt hier eine diffuse Änderung vorzunehmen.	Änderung streichen.
economiesuisse	40a-c			Einführung einer Erstberatungsstelle, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden. Diese Stelle berät die Patienten und behandelt sie selbst oder verweist sie an einen anderen Leistungserbringer: Das geforderte Obligatorium will ein Gatekeeping-System für alle etablieren. Der Gatekeeper muss dann die Zielvorgabe einhalten und so kann ein Flaschenhals beim Eingang kreiert werden. So können Kosten gespart werden, kränkere Personen werden dann aber, wie oben ausgeführt, eingeschränkt. Mit einer Erstberatungsstelle kann gesteuert werden, wie viele Behandlungen durchgeführt werden und entsprechend kann sichergestellt werden, dass das Kostenziel erreicht wird. Es stellt somit eine Verknüpfung zur Zielvorgabe dar, die nicht wünschenswert ist. Erstberatungsstellen sind sinnvoll, denn eine integrierte	Kein Obligatorium der Erstberatungsstelle, stattdessen allgemeine Steigerung der Attraktivität der integrierten Modelle (siehe Kommentar links).

				Versorgung steigert die Effizienz. Aber ein Obligatorium führt zum Gegenteil. Ein Zwang zum Haushaltmodell führt nämlich zu monopolistischen Strukturen und schwächt den Wettbewerb zu anderen, alternativen Modellen. Dies behindert deren Innovationsfähigkeit. Heute wählen 60 Prozent der Versicherten alternative Modelle. Das wird dazu führen, dass künftig auch ältere und multimorbide Versicherten in solchen Modellen sind. Mit der Zeit wird der Nutzen der integrierten Versorgung automatisch steigen, weil die Versicherten in diesen Modellen bleiben, auch wenn sie älter und kränker werden. Integrierte Modelle können auf bessere Weise gefördert werden als mit einem Obligatorium: Mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wird die Gesamtersparnis von solchen Modellen transparent. Heute sind nur die Ersparnisse in der Krankenversicherung ausgewiesen. Das führt zu tieferen Rabatten und kleineren Anreizen, solche Modelle zu wählen. Generell könnte man höhere Rabatte zulassen, damit integrierte Modelle attraktiver werden.	
economiesuisse	41			Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern: Wir unterstützen diese Anpassung. Der kantonsübergreifende Wettbewerb darf nicht durch unrealistische Referenztarife ausgebremst werden.	-
economiesuisse	42	2	3ter	Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung: Diese Massnahme ist überfällig, da sie die Transparenz erhöht und den digitalen Datenaustausch zur Regel erklärt. Wir unterstützen deshalb diese Neuerung.	-

economiesuisse	52b			Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen: Es braucht eine Flexibilisierung der Preisgestaltung und Unterstützung. Die alten Kriterien sind nicht mehr ausreichend. Die Flexibilisierung muss dazu führen, dass Patienten schneller Zugang zu neuen Medikamenten erhalten. Auch die langfristige Versorgung muss gewährleistet werden.	
economiesuisse	54- 54d			Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll: Die Kostensteigerung will der Bundesrat nun mit einem Einjahresplan in den Griff bekommen. Bund und Kantone sollen jährlich festlegen, wie stark die Kosten in den einzelnen Bereichen der Grundversicherung wachsen dürfen. Dass er dabei die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure miteinbezieht, macht das Ganze nur noch schlimmer. Er eröffnet damit einen teuren politischen Basar. Wer die beste Lobby hat, wird gewinnen. economiesuisse lehnt deshalb eine Zielvorgabe ab. Die Befürworter argumentieren, dass es zu keiner Rationierung kommen wird. Aber wie soll das gehen? Begrenzt man die Kosten, so muss man entscheiden, wem welche Leistungen nicht bezahlt werden. Genau das versteht man unter einer Rationierung. Verlierer werden die Patienten sein, welche gewisse Leistungen nicht mehr bekommen, sowie die Leistungserbringer, die durch die zunehmenden Vorschriften keine Freude mehr an ihrer Arbeit haben. Kosten sollten auf anderem Weg eingespart werden, beispielsweise mit einer zielgenaueren Behandlung und der Vermeidung von überflüssigen Behandlungen.	Streichung der Zielvorgabe.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

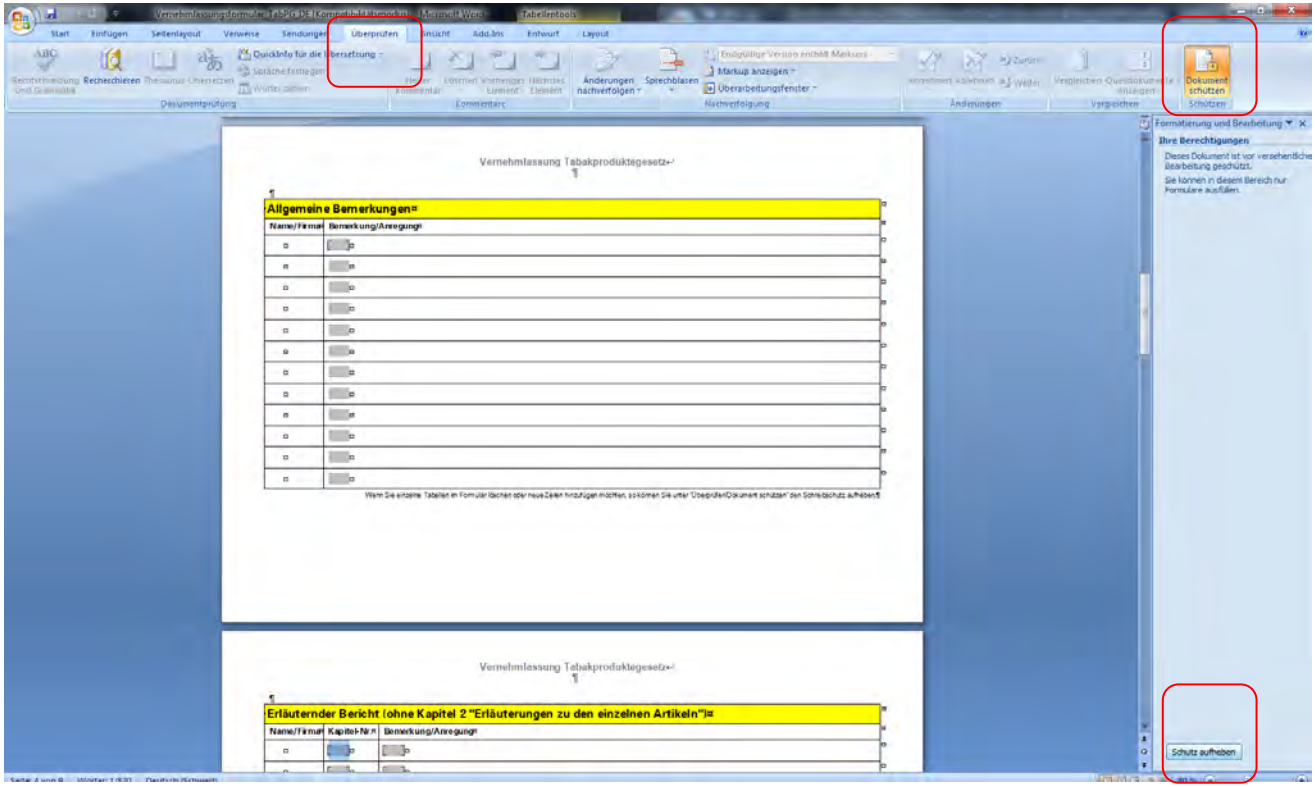
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

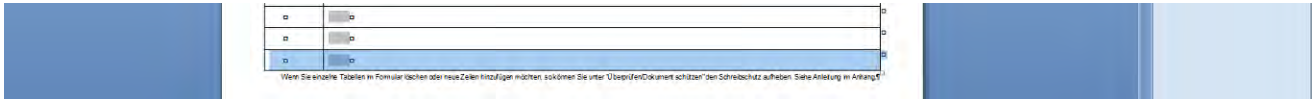
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



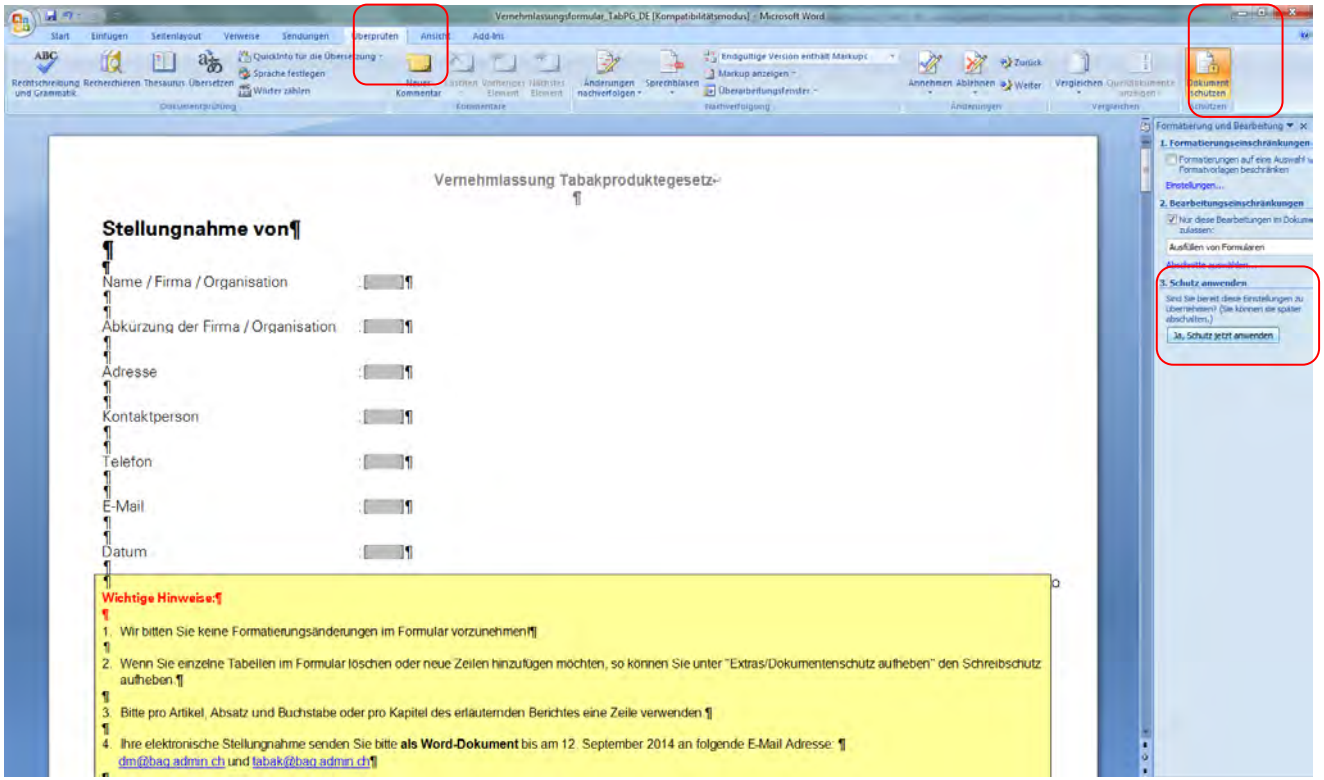
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique
Division tarifs et bases
Schwarzenburgstrasse 157
CH - 3003 Berne

A l'att. de Monsieur Alain Berset,
Conseiller fédéral

Genève, le 2 novembre 2020
YF/3199 - FER N°35-2020

Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2e volet)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'objet mis en consultation et vous faisons parvenir ci-dessous notre prise de position.

En préambule, notre Fédération relève que l'objet mis en consultation constitue un contre-projet indirect à l'initiative du PDC «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé». Il a pour objectif de freiner la hausse des coûts des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ce contre-projet indirect entend compléter les mesures déjà proposées dans le cadre du 1er volet afin d'améliorer la gestion globale du système de santé. Parmi les modifications proposées, mentionnons notamment l'introduction d'un objectif de maîtrise des coûts, l'institution d'un premier point de contact auquel les assurés s'adressent d'abord lorsqu'ils ont des problèmes de santé, le renforcement des soins coordonnés, la promotion de programmes de prise en charge des patients afin de renforcer les soins coordonnés, la création des bases juridiques pour un examen différencié des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE), la fixation de tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors du canton et l'obligation des fournisseurs de prestations et des assureurs de transmettre les factures par voie électronique.

Notre Fédération prend note que les coûts de la santé ne cessent d'augmenter en raison non seulement de l'évolution de la démographie et des progrès médico-techniques, mais aussi à cause d'une augmentation du volume des prestations. Dans ce contexte, les coûts de l'assurance-obligatoire des soins ont progressé de 60% entre 2005 et 2018, passant de 20,3 à 32,5 milliards de francs. Il est à notre sens important de freiner la hausse des coûts de la santé car le niveau élevé des primes d'assurance-maladie représente déjà aujourd'hui une sérieuse charge pour de nombreuses

personnes. Si notre Fédération souscrit au principe selon lequel la hausse des coûts devra être contenue au cours des prochaines années, elle n'est en revanche pas d'accord d'introduire certaines mesures proposées par le Conseil fédéral.

Concernant l'objectif de maîtrise des coûts, elle prévoit en substance que le Conseil fédéral définisse, sur recommandation d'une commission consultative, un objectif national admissible de croissance des coûts de la santé. Ensuite, c'est aux cantons d'agir sur recommandation d'un objectif spécifique en matière de coûts qui tiendrait compte de spécificités cantonales. Dans les faits, il est fort à parier que cette recommandation se traduira par une obligation pour les cantons de demeurer dans les limites d'une marge de tolérance, elle-même définie par le Conseil fédéral. Le projet prévoit d'ailleurs des mesures correctrices plus ou moins contraignantes pour le cas où les objectifs de maîtrise des coûts ne seraient pas atteints. Notre Fédération soulève le fort risque d'étatisation de la médecine prévue dans le projet ainsi qu'une marge de manœuvre des cantons pour le moins limitée selon la variante prévue.

Le système suisse se fonde sur l'idée d'une concurrence régulée et celle-ci demeure une composante essentielle de notre système de santé dans la mesure où elle est garante d'une amélioration continue de la qualité des soins. Avec l'objectif prévu par le Conseil fédéral, ce système compétitif serait mis à rude épreuve, sans parler de la commission consultative qui décidera pratiquement seule de l'offre de santé pour l'ensemble de la population. Notre Fédération plaide plutôt pour le maintien d'un système fondé sur une concurrence régulée, avec une bureaucratie limitée et sans étatisation prononcée.

Par ailleurs, le projet prévoit de «créer, pour tous les assurés, une fonction de premier interlocuteur dans le système de santé afin d'éviter les prestations inutiles et de permettre ainsi d'améliorer la qualité des soins» (p. 24 du rapport explicatif). Autrement dit, cela revient à conseiller chaque assuré sur la manière doit il doit poursuivre ses soins. La liberté de choix du médecin est franchement mise à mal avec un renforcement de l'étatisation du système de santé. Notre Fédération s'oppose donc à l'introduction de ce premier point de contact qui va constituer un véritable goulet d'étranglement et va retarder l'accès au traitement. Il portera également atteinte à la qualité des soins. C'est la claire suppression de la liberté de choix du médecin qui fait partie intégrante du modèle de soins actuel en Suisse. L'assuré paie des primes et, en contrepartie, il a le droit de consulter le médecin qu'il désire et d'obtenir des soins de qualité. Lors des votations de 2008 et de 2012, la population a d'ailleurs plaidé en faveur du maintien du système de libre choix du médecin. Cette situation n'exclut nullement la possibilité pour les assurances de proposer à leurs assurés un modèle de médecin de famille ou HMO ou de télémédecine. Cependant, notre Fédération est d'avis que cela doit rester sur une base volontaire et non-imposée à l'ensemble des assurés. D'ailleurs, cela fonctionne puisqu'en 2018, 70% des assurés ont opté pour un modèle d'assurance tel que précité.

Le projet prévoit également de créer les bases légales pour un examen différencié selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE). Selon l'article 32, al. 3, le Conseil fédéral pourrait adapter toutes les règles pour l'examen des critères EAE sans impliquer le législateur. Ce dispositif qui couvre la majeure partie des prestations de la LAMal permettrait au Conseil fédéral de créer une base légale au principe d'une rémunération aussi avantageuse que possible. Ce faisant, cela lui donnera la priorité par rapport à la qualité ou à la capacité d'innovation du système de santé suisse. Notre Fédération estime ainsi que cette norme de délégation affecterait non seulement le fonctionnement du système de santé, mais aussi la place suisse de recherche dans son ensemble. Elle amènerait notamment à une perte de sécurité juridique et à un manque de prévisibilité pour une grande partie des acteurs du système suisse de santé.

En conclusion, notre Fédération ne peut accepter en l'état cette modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (2e volet). Si elle reconnaît que des efforts doivent être déployés pour rendre le système plus efficient et moins coûteux, elle estime que ce processus ne doit pas se faire à n'importe quel prix. Il serait judicieux de conserver un système basé sur une concurrence régulée en évitant d'y introduire trop de bureaucratie. De la même manière, il est important de conserver le libre choix du médecin puisqu'il s'agit d'une volonté exprimée à plusieurs reprises par le peuple. Enfin, il ne serait pas approprié de mettre en danger le système suisse de santé en le sacrifiant sur l'autel de l'économicité et en introduisant des critères qui mettraient à mal le secteur suisse de la recherche et de l'innovation.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Blaise Matthey
Secrétaire général

Yannic Forney
Délégué

La Fédération des Entreprises Romandes en bref

Fondée le 30 juillet 1947 à Morat, son siège est à Genève. Elle réunit six associations patronales interprofessionnelles cantonales (GE, FR, NE, JU, VS), représentant la quasi-totalité des cantons romands. La FER comprend plus de 45'000 membres.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation	: Groupement Romand de l'Industrie Pharmaceutique
Abréviation de la société / de l'organisation	: GRIP-Pharma
Adresse	: p.a. WTC Lausanne, av. Gratta-Paille 2, 1018 Lausanne
Personne de référence	: Sergio Mantelli, membre du comité
Téléphone	: 0041-21-641 10 96
Courriel	: info@grip-pharma.ch
Date	: 19.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **4**

Autres propositions ____ **6**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **7**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
GRIP	Le GRIP-Pharma (Groupement Romand de l'Industrie Pharmaceutique) représente près de 30 sociétés localisées en Suisse romande et actives, selon leur domaine de compétences, dans le développement, la fabrication et/ou la commercialisation de médicaments et dispositifs médicaux ou encore d'autres produits de la santé. Le GRIP est conscient des efforts qui doivent être faits dans le domaine de la maîtrise des coûts de la santé. Le secteur des médicaments représente proportionnellement une partie relativement modeste des coûts globaux de santé (env. 12 %) et contribue déjà, en plus de son apport intrinsèque, à l'effort de réduction des coûts dans le domaine de la santé par les baisses de prix consentis lors des révisions de prix qui ont lieux périodiquement. Le GRIP défend le principe d'un accès rapide aux nouveaux médicaments ainsi que des conditions en matière de prix et de remboursement qui puissent assurer le maintien d'un éventail élargi de médicaments et d'autres moyens thérapeutiques ainsi que d'en permettre leur approvisionnement de manière sûre et efficace en accord avec les besoins de la population. Il s'oppose ainsi fermement au « Kostengünstigkeitsprinzip » qui compromettrait la qualité des soins et freinerait l'innovation. Tout en saluant les efforts destinés à promouvoir la transparence et l'efficacité du système à l'aide d'une meilleure complémentarité entre acteurs du secteur médical et de réseaux, le GRIP reste fermement attaché au principe du maintien de la liberté de choix du patient en ce qui concerne l'accès aux soins. Pour d'autres observations et remarques de détails, nous vous prions de vous référer aux prises de position de Scienceindustries et de l'ASSGP que nous soutenons.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

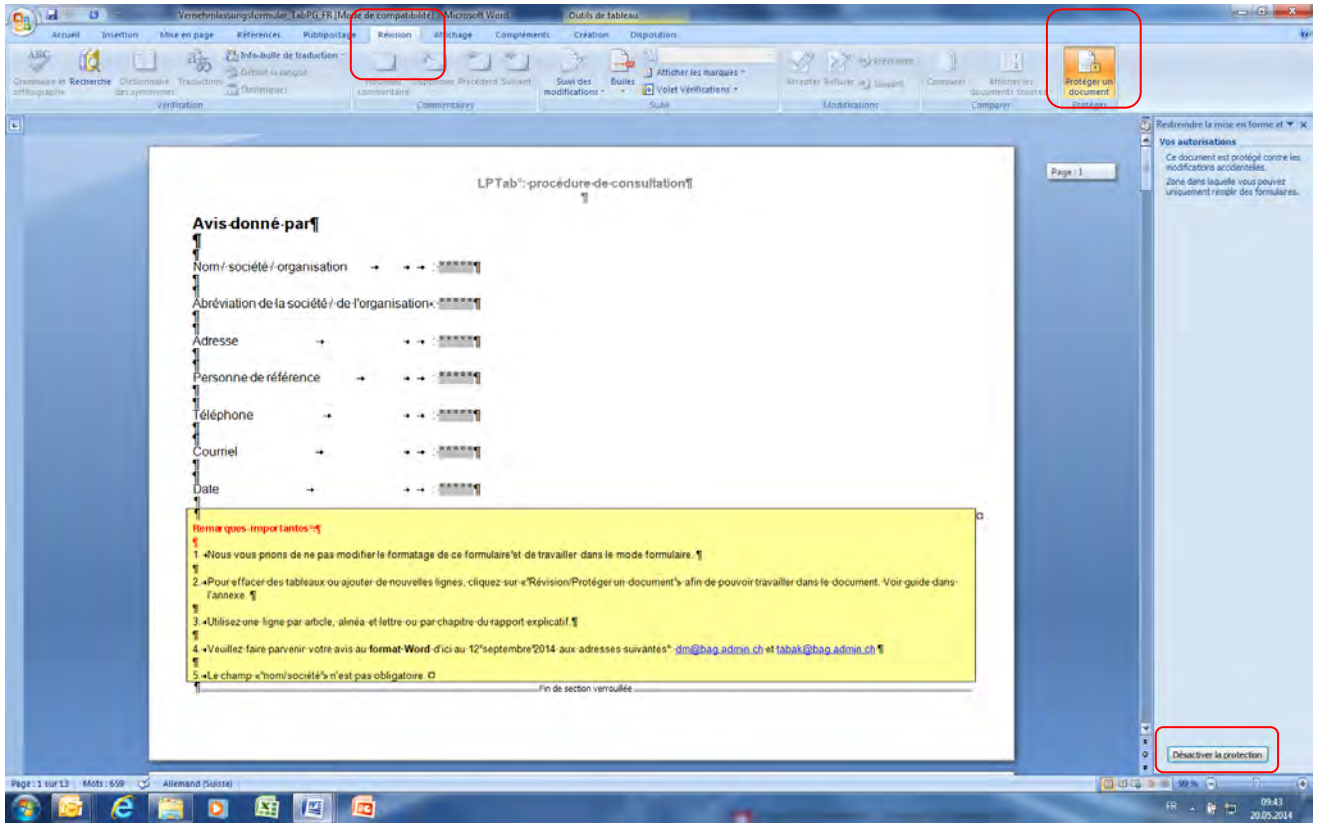
Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

1 Désactiver la protection du document

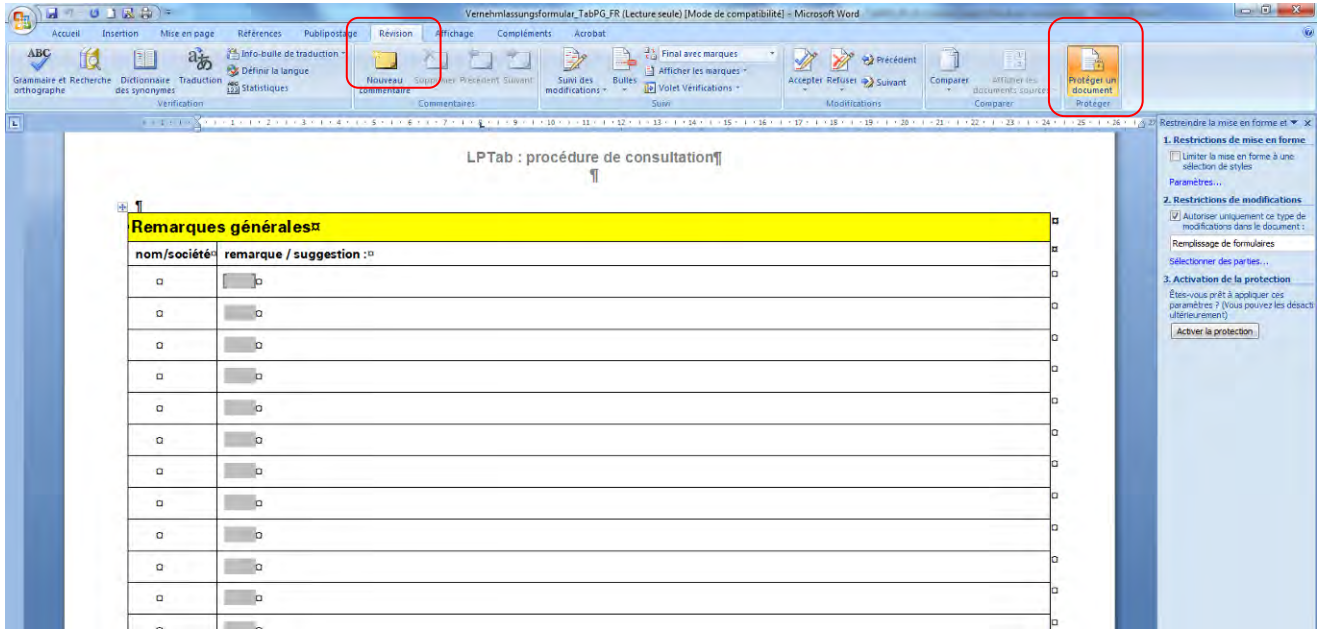


Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

2 Insérer de nouvelles lignes

Sélectionner une ligne entière incluant les champs marqués en gris (la ligne sélectionnée devient bleu)
Presser Control-C pour copier
Presser Control-V pour insérer

3 Réactiver la protection du document



beider basel
handelskammer

Bundesamt für Gesundheit BAG
Seilerstrasse 8
3011 Bern

Per Email an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Basel, 18. November 2020 pho

Stellungnahme zur Vernehmlassung zum Kostendämpfungspaket 2

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, uns in rubrizierter Angelegenheit äussern zu können.

In der Anlage finden Sie unsere Stellungnahme. Für die Kenntnisnahme danken wir Ihnen und bitten Sie, unsere Überlegungen für die weiteren Arbeiten zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Handelskammer beider Basel Handelskammer beider Basel

Martin Dätwyler
Direktor

Deborah Strub
Abteilungsleiterin Cluster und Initiativen
Mitglied der Geschäftsleitung

Beilage: Stellungnahme

Martin Dätwyler
Direktor

T +41 61 270 60 81
F +41 61 270 60 05

m.daetwyler@hkbb.ch

Handelskammer beider Basel
St. Jakobs-Strasse 25
Postfach
CH-4010 Basel

T +41 61 270 60 60
F +41 61 270 60 05

www.hkbb.ch

handelskammer beider basel

Stellungnahme

Basel, 19. November 2020 pho/dst

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Die Gesamtqualität des Gesundheitssystems darf nicht gefährdet werden. Deshalb appelliert die Handelskammer beider Basel dafür, eine gesamtheitliche Sicht auf die Kosten-Nutzen-Thematik einzunehmen. Der Anteil der Arzneimittel an den Gesundheitskosten liegt seit Jahren stabil bei rund 12 Prozent. Dennoch zielen die meisten Massnahmen von Behörden und Politik auf die Ausgaben für Medikamente, ohne gleichzeitig deren Nutzen zu berücksichtigen. Bei einer einseitigen Konzentration auf die Kostendämpfung besteht das Risiko, dass die Qualität zu kurz kommt. (Qualitäts-) Wettbewerb und Versorgungssicherheit würden mit den Massnahmen zur Kostendämpfung massiv beeinträchtigt respektive gefährdet. Dies können wir uns auf keinen Fall erlauben.

Ausgangslage

Das Kostendämpfungspaket 2 sieht unter anderem die Einführung einer Zielvorgabe, die Regelung zur Vereinbarung von Preismodellen, die differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien, die koordinierte Versorgung und die Schaffung einer obligatorischen Erstberatungsstelle vor.

Mit den vorgeschlagenen Massnahmen im Kostendämpfungspaket 1 (KP1) wird bereits auf die Arzneimittelpreise gezielt, obwohl die Pharmaindustrie bereits in den letzten Jahren einen substantiellen Beitrag zur Kostendämpfung beigetragen hat. Falls sie beschlossen werden, haben die Generika- und die Originalhersteller zusätzliche substanzielle Einsparungen zu tragen, was zu einer Ausdünnung der Produktevielfalt und einer Monopolisierung des Arzneimittelmarktes führt.

Mit den Massnahmen im Kostendämpfungspaket 2 (KP2) hat der Bundesrat erneut die Medikamentenpreise im Fokus, obwohl die Pharmaindustrie seit langem einen signifikanten Beitrag zur Kostendämpfung in der Schweiz leistet. Als bedeutende Akteure im Schweizer Gesundheitswesen ist die Pharmaindustrie bereit, darüber hinaus gehende Massnahmen zu evaluieren. In diesem Zusammenhang ist es zentral, dass die Massnahmen bei den Ursachen ansetzen und nicht dort, wo sie aufgrund föderaler Strukturen am einfachsten durchgeführt werden können.

Handelskammer beider Basel
St. Jakobs-Strasse 25
Postfach
CH-4010 Basel

T +41 61 270 60 60
F +41 61 270 60 05

www.hkbb.ch

Angesichts der Tatsache, dass die neu geregelten dreijährlichen Preisüberprüfungen deutliche Wirkung zeigen, und die Preise weiter nachhaltig gesenkt werden, ist es grundsätzlich verfrüht, erneut Massnahmen im Arzneimittelbereich vorzuschlagen. Mit den dreijährlichen Preissenkungsrunden hat die Pharmaindustrie seit 2012 stetig steigend zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beigetragen, dieser Beitrag beläuft sich heute auf eine Milliarde Franken pro Jahr beläuft. Die pharmazeutischen Firmen stehen auch in Zukunft zu diesen 3-jährlichen Preissenkungsrunden und leisten damit einen gewichtigen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten.

Medikamente machen unverändert rund 12 Prozent der Gesundheitsausgaben aus. Die bisher geleisteten Beiträge der Pharmabranche zur Kostendämpfung sind damit deutlich höher als der Anteil an den Gesundheitsausgaben. Obwohl der Anteil der Arzneimittel an den Gesundheitskosten seit Jahren stabil bei rund 12 Prozent liegt, zielen die meisten Massnahmen von Behörden und Politik auf die Ausgaben für Medikamente, ohne auch deren Nutzen gebührend zu berücksichtigen.

Insgesamt trägt der einseitige Fokus der Vorlage auf die Kostendämpfung wenig zu einem zukunftsgerichteten, nachhaltigen Gesundheitswesen bei. Im Gegenteil droht mit den vorgeschlagenen Massnahmen eine weitere administrative Belastung aller Beteiligten. Leistungen und Qualität für Patienten werden beschnitten, der Zugang zur Innovation behindert und der Innovationsstandort geschwächt. Auch wird damit eine weitere, deutliche Verschlechterung der Versorgungssicherheit akzeptiert und der Produktionsstandort Schweiz geschwächt.

Insbesondere das Zulassungs- und Vergütungssystem sollte sich parallel zum wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt weiterentwickeln. Dies erfordert u.a., dass das Vergütungsverfahren des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) stärker an die beschleunigten Zulassungsverfahren von Swissmedic angebunden wird. Dabei muss eine zeitgemässe Preisfestsetzung auf einer breiten Nutzen-Kosten-Evaluation basieren, die den Nutzen für den Patienten, für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft sowie alle Kostenfolgen berücksichtigt.

Aufgrund der stark verzögerten Aufnahme von innovativen Medikamenten in die Spezialitätenliste (SL) wird der Zugang zu innovativen Medikamenten aktuell beträchtlich eingeschränkt. Die Pharmaindustrie fordert, dass die Patienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unmittelbar ab bestehender Swissmedic-Zulassung Zugang zur Innovation mit Kostenerstattung erhalten. Zur Erreichung dieses Ziels zeigt sich die Industrie dazu bereit, mit Vergütungsmodellen - wie im KP2 vorgeschlagen - eine rasche, zeitlich befristete Aufnahme zu ermöglichen. Dadurch können auch Vergütungen im Einzelfall nach Art. 71a-d KVV reduziert werden. Nicht nur der Zugang hochinnovativen Produkten ist erschwert, auch Weiterentwicklungen von bestehenden Medikamenten wird erschwert, teilweise verunmöglicht, wodurch die Vielfalt der Therapieoptionen fehlt und der Patient nicht die optimale Behandlung erhält.

Kostendämpfungspaket 2

Das Kostendämpfungspaket 2 sieht unter anderem die Einführung von Zielvorgaben, die Regelung zur Vereinbarung von Preismodellen, die differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien, die koordinierte Versorgung und die Schaffung einer Erstberatungsstelle vor, zu welchen die Handelskammer beider Basel Stellung nimmt.

Die Handelskammer beider Basel regt an, anstelle einer einseitigen Kostendämpfung eine zukunftsgerichtete Diskussion über die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens zu führen. Anstelle der einseitigen Fokussierung sollte das Krankenversicherungsgesetz (KVG) Fortschritt belohnen und unnötige Kosten einsparen. Es soll den Nutzen für die Patienten ins Zentrum der Gesundheitspolitik stellen und ein hochwertiges Gesundheitsdaten-Ökosystem unterstützten.

Nachfolgend die Positionen der Handelskammer beider Basel:

Einführung von Zielvorgaben für das OKP-Wachstum
Die Handelskammer beider Basel spricht sich, wie die Pharmabranche, gegen Zielvorgaben im Gesundheitswesen aus, die im Endeffekt Innovationen verhindern und den Zugang zu solchen beschränken und zudem zu einer de facto Rationierung führen könnte.

Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen
Grundsätzlich befürwortet die Handelskammer beider Basel die vorgeschlagene Regelung zu Preismodellen, neue Produkte müssen aber ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic erstattungsfähig sein und so den Patienten unmittelbar zugänglich gemacht werden.

Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien inkl. Kostengünstigkeitsprinzip
Die Einführung des Kostengünstigkeitsprinzip, die differenzierte WZW-Prüfung sowie die jährliche anstatt dreijährlich Preisüberprüfung verschärfen die andauernde Rechtsunsicherheit bei der Festlegung der Medikamentenpreise sowie den Zugang zu innovativen Arzneimitteln. Dies verringert insbesondere die Planbarkeit für Unternehmen, weswegen wir diese ablehnen. Ferner führt dies zu einem drastischen Anstieg des administrativen Aufwandes bei den Firmen genauso wie beim BAG, welche nicht in einem vernünftigen Verhältnis zu den Einsparungen steht.

Stärkung der koordinierten Versorgung und Schaffung einer Erstberatungsstelle
Die Handelskammer beider Basel befürwortet grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung über die Definition von Netzwerken in gleichem Masse wie die vorgesehenen Programme der Patientenversorgung.

Hingegen spricht sich die Handelskammer beider Basel gegen den Zwang zur Kontaktierung einer Erstberatungsstelle aus. Im Sinne eines freiheitlichen Systems sind wir klar gegen ein Obligatorium. Die Freiwilligkeit ist uns hier sehr wichtig. Zu begrüssen wären hingegen verbesserte Anreize zur Förderung von Gatekeeping Systemen, z. B. durch die Aufhebung der aktuell gültigen Obergrenzen bei den Rabatten für solche Versicherungsmodelle, wobei jeweils gezeigt werden müsste, dass dies in Summe tatsächlich zu Einsparungen ohne Qualitätsverlust führt.

Im Weiteren verweist die Handelskammer beider Basel auf die detaillierten Stellungnahmen von scienceindustries, der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips), sowie Interpharma und unterstützt deren Forderungen hiermit ausdrücklich.

SCHWEIZERISCHER ARBEITGEBERVERBAND
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur eingangs erwähnten Vernehmlassung Stellung nehmen zu können. Da dieses Geschäft aufgrund Ressorteilung zwischen dem SAV und economiesuisse in deren Bereich fällt, verzichten wir auf eine Stellungnahme.
Freundliche Grüsse
Sabine Maeder

_____

Assistentin
SCHWEIZERISCHER ARBEITGEBERVERBAND
Hegibachstrasse 47
Postfach
8032 Zürich
Tel. +41 44 421 17 17
Fax +41 44 421 17 18
Direktwahl: +41 44 421 17 42
maeder@arbeitgeber.ch
http://www.arbeitgeber.ch

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : scienceindustries

Abkürzung der Firma / Organisation : scin

Adresse : Nordstrasse 15, 8006 Zürich

Kontaktperson : Herr Reto Müller

Telefon : 0443681736

E-Mail : reto.mueller@scienceindustries.ch

Datum : 13.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 20

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 21

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	

werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
scin	18	2septies	b	scienceindustries begrüsst einen Fonds für Rückerstattungen nach Art. 52b, da er die Umsetzung von Preis-Volumen-Modellen ermöglicht.	
scin	21		b	scienceindustries begrüsst mehr Transparenz über die aggregierten Kosten, die die unterschiedlichen Leistungen im Gesundheitssystem verursachen. Nur wenn Fakten und Zahlen bekannt sind, können evidenzbasierte Entscheidungen erfolgen. Es ist allerdings wichtig, dass die Daten der Versicherer über aggregierte Kosten nicht nur dem BAG zur Verfügung stehen, sondern in Erweiterung der BFS-Statistiken auch publiziert werden und der Öffentlichkeit in einem datenschutzkonformen Format zugänglich sind. Die Weitergabe von Daten pro Person lehnt scienceindustries ab. Dies gilt insbesondere bei Arzneimitteln, da die Vertraulichkeit von Preismodellen sonst hinfällig würde. In Ergänzung der Kostenbetrachtung ist die Erfassung und Nutzung von Qualitätsdaten zu fördern. Qualitätsdaten sind essentiell in der Beurteilung und Weiterentwicklung fortschrittlicher Gesundheitssysteme. Kosten- und Qualitätsdaten sollten eine evidenzbasierte Weiterentwicklung, Wertorientierung und Innovationstätigkeit im Schweizer Gesundheitswesen prägen. Dafür ist ein gemeinsamer Rahmen notwendig.	

				Bisher konzentrierte sich der Bund auf die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD), um die Nutzung von Gesundheitsdaten im Behandlungspfad zu erleichtern. Die Einführung ist schnell und unter Abschaffung der doppelten Freiwilligkeit des EPD voranzutreiben. Das Potential von Gesundheitsdaten ist allerdings viel breiter, wie es auch die «Strategie Gesundheit 2030» des Bundes mit dem Ziel «Förderung der Digitalisierung und Nutzung der Daten» darlegt. scienceindustries fordert einen breit abgestützten, strukturierten Dialog unter Leistungserbringern, Technologieanbietern und Versicherern, mit dem Ziel der Einrichtung eines gemeinsamen Plans zur Förderung einer verantwortungsvollen Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten. Die die Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten soll kontinuierlich weiterentwickelt werden und neben Qualitätsdaten aus klinischen Studien insbesondere Daten aus Real World Evidence (RWE)-Studien, Versicherungsakten, Registern, EPD, und Wearables einbeziehen. Patienten-relevante Messinstrumente wie Patient Reported Outcome Measures (PROMS) sind systematisch zu verwenden und zur Steigerung der Qualität zu nutzen. Vor diesem Hintergrund sollte Art. 21a E-KVG grundsätzlich überarbeitet werden. Eine Gesetzgebung sollte die Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Bund, Leistungserbringer, Technologieanbieter und Versicherer regeln und die Versicherten vor Missbrauch schützen.	
scin	32	3		Art. 32 Abs. 3 ist eine äusserst weitreichende Delegationsnorm, die aus staatspolitischer Sicht fragwürdig ist. Der Bundesrat könnte ohne Einbezug des Gesetzgebers sämtliche Regeln für die WZW-Überprüfung anpassen. Sie	[3] ~~Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.~~

				umfasst grundsätzlich alle Leistungen im KVG und untergräbt jegliche Planbarkeit und Rechtssicherheit. Der Bundesrat will damit die Rechtsgrundlagen für eine möglichst kostengünstige Vergütung schaffen und dem Ziel einer möglichst kostengünstigen Vergütung Vorrang einräumen. Damit würde bei der Vergütung der Nutzen für Patienten, für das Gesundheitswesen, für andere Sozialversicherungen und für die Gesellschaft in den Hintergrund treten. Das schädigt die Qualität des Gesundheitswesens, hemmt die Innovation und den Zugang für Patientinnen und Patienten zu optimalen Behandlungen. Es ist zudem nicht vereinbar mit dem bedeutenden Forschungs- und Innovationsstandort Schweiz. **scienceindustries lehnt diese Bestimmung ab und beantragt Streichung.** Eine seriöse Folgenabschätzung dieser Delegationsnorm mit dem Vorrang der kostengünstigen Vergütung ist für die einzelnen OKP-Leistungen jedoch nicht möglich, da die Umsetzung der Bestimmungen in der Verordnung bekannt sein müsste. Im erläuternden Bericht sind Massnahmen bei den Arzneimitteln auf der Verordnungsebene skizziert während sich für die anderen Leistungen nach Artikel 25-31 keine Hinweise finden. Bei den vorgesehenen Massnahmen für Arzneimittel sind drei besonders problematisch. <u>Kostengünstigkeitsprinzip</u> Ein solches Prinzip würde von mehreren Preisfestsetzungselementen jeweils nur das tiefere berücksichtigen. Der Preis könnte demnach nur nach einem Auslandpreisvergleich (APV), nur nach einem therapeutischen Quervergleich (TQV) oder nur nach einem anderen auf Verordnungsstufe definierten Preiskriterium erfolgen. Das für die Preisfestsetzung jeweils relevante	

				Preiskriterium kann von Überprüfung zu Überprüfung wechseln. Eine Preisfestsetzung, die den Nutzen neuer Medikamente und das Nutzen-Kosten-Verhältnis nicht berücksichtigt, lehnt die pharmazeutische Industrie grundsätzlich ab. Das Kostengünstigkeitsprinzip untergräbt die Planbarkeit und würde zu grosser Rechtunsicherheit führen. Es würde zu weiteren Verzögerungen bei Kostenübernahme-Entscheiden für Arzneimittel führen, die Zugangsproblematik weiter verschärfen und die Versorgungssicherheit in der Schweiz bedrohen. Als Folge würden weniger Produkte und weniger neue Indikationen in die Schweiz eingeführt werden. Dies beeinträchtigt nicht nur die Versorgungssicherheit, sondern schwächt auch den Investitionsstandort. Das Kostengünstigkeitsprinzip missachtet den Nutzen von Innovation systematisch und ist deshalb mit einem nachhaltigen Zugang der Patienten zu innovativen Behandlungen nicht vereinbar. Es ist für einen Innovationsstandort wie die Schweiz unwürdig. **scienceindustries lehnt das Kostengünstigkeitsprinzip ab.** <u>Jährliche Preisüberprüfung</u> Die dreijährliche Preisüberprüfung hat sich bewährt und führt jedes Jahr zu Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe. Seit 2012 konnten laut EDI über eine Milliarde Franken eingespart werden. scienceindustries bekennt sich auch in der Zukunft zur Weiterführung der dreijährlichen WZW-Überprüfung. Die Pharma ist die einzige Branche, deren Preise direkt vom Wechselkurs abhängen. Wird der Schweizer Franken stärker, sinken die Preise über den APV automatisch. Wird der Franken schwächer, werden die Preise jedoch nicht erhöht. Zudem kann der Wechselkurs stark schwanken. Der dreijährliche	

				Überprüfungsrhythmus trägt diesen Umständen Rechnung. Bei einem jährlichen Rhythmus müssten automatische Preiserhöhungen aufgrund von Wechselkursschwankungen eingeführt werden. Die für die WZW-Überprüfung einzureichenden Unterlagen bedeuten einen beträchtlichen Aufwand für die betroffenen Firmen und für das BAG. Wir gehen davon aus, dass die Einsparungen bei einer jährlichen Preisüberprüfung erheblich tiefer wären als bei einer dreijährlichen Überprüfung, sodass sich der entstehende Aufwand dafür nicht rechtfertigen liesse. In Anbetracht der Verspätungen des BAG bei den bisherigen Überprüfungen ist auch fraglich, ob eine jährliche Überprüfung ohne nochmals erhöhten kostspieligen personellen Aufwand im BAG realistisch wäre. **scienceindustries lehnt eine jährliche Preisüberprüfung ab und hält an der dreijährlichen Überprüfung fest.** <u>Differenzierte WZW-Prüfung</u> Bereits heute ist die Umsetzung der für alle Leistungen geltenden WZW-Kriterien lückenhaft und ungleich. Obwohl Medikamente nur 12% der Gesundheitskosten ausmachen, tragen sie bereits heute überproportional zur Kostendämpfung bei. Die Originalhersteller tragen dabei den überwiegenden Teil der Einsparungen. Eine differenzierte WZW-Überprüfung würde die Ungleichbehandlung noch weiter verschärfen und droht den Zugang zu innovativen Arzneimitteln und die Versorgungssicherheit zu gefährden. Laut erläuterndem Bericht sollen bei einer differenzierten WZW-Überprüfung «besondere Entwicklungen in der Medizin und auf dem schweizerischen Markt» berücksichtigt werden und Produkte, «die lokal und noch nicht industriell für den internationalen Markt hergestellt werden» anderen	

				Grundsätzen und Berechnungsmethoden bei der Preisbildung unterzogen werden können. Eine Diskriminierung ausländischer Hersteller oder von Produkten, die heilmittelrechtliche Anforderung nicht erfüllen, wäre mit den vertraglichen Verpflichtungen der Schweiz, mit einem erfolgreichen Innovationsstandort und mit einer Exportnation nicht vereinbar. Zusammengefasst würde Art. 32 Abs. 3 nicht nur den Zugang und die Versorgungssicherheit in Bezug auf innovativen Medikamenten und anderer innovativen Behandlungen in der Grundversicherung gefährden, sondern auch dem Innovations- und Exportstandort schaden. **scienceindustries lehnt den Artikel daher entschieden ab.** Anstelle der vorgeschlagenen Bestimmung in Art. 32 Abs. 3 sollte im KVG sichergestellt werden, dass bei Vergütungsentscheiden die Ziele einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens und der rechtsgleiche und breite Zugang zu qualitativ hoch stehenden Leistungen und der Innovation berücksichtigt werden. Die wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritte und die Versorgungssicherheit sind durch geeignete Methodik bei jeder WZW-Prüfung zu berücksichtigen und therapeutische Fortschritte zu honorieren.	
scin	32	Konkretisierung der WZW-Kriterien		Anstelle der vorgeschlagenen Bestimmung in Art. 32 Abs. 3 VE-KVG sollten die WZW-Kriterien im KVG dahingehend konkretisiert werden, dass bei Vergütungsentscheiden die Ziele einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens und der rechtsgleiche und breite Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen und der Innovation berücksichtigt werden. Die wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritte, die Versorgungssicherheit und der Nutzen für Patienten und die Gesellschaft sind durch eine geeignete Methodik bei jeder WZW-Prüfung zu berücksichtigen und therapeutische Fortschritte zu	<u>Wirksamkeit</u> 1bis Die Wirksamkeit muss nach quantitativen oder qualitativen wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. <u>Zweckmässigkeit</u> 1ter Eine Leistung ist zweckmässig, wenn sie medizinisch indiziert ist. <u>Wirtschaftlichkeit</u> 1^{quater} Der Nutzen der Leistung für den

				honorieren. scienceindustries schlägt die folgenden Präzisierungen in Art. 32 vor, die für alle Leistungen gelten. Wirksamkeit 1bis Die Wirksamkeit muss nach quantitativen oder qualitativen wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Diese Formulierung stellt eine Präzisierung zum heutigen Recht dar. Dieses verlangt bereits heute nicht ausschliesslich streng naturwissenschaftliche Nachweise für die Wirksamkeit (Vgl. BGE 133 V 115 E. 3.2.1 mit weiteren Hinweisen). Namentlich sollen auch andere Wirksamkeitsnachweise wie kontrollierte klinische Studien zugelassen sein. Der Absatz stellt zudem sicher, dass bei der Wirksamkeit der wissenschaftliche und technologische Fortschritt berücksichtigt wird. Heute wird der Nachweis der Wirksamkeit zu einseitig ausgelegt, da nur klinisch kontrollierte Studien als Wirksamkeitsnachweis genügen, obwohl auch andere wissenschaftliche und technologische Fortschritte berücksichtigt werden müssten. Bereits heute können mit der Verknüpfung von Daten aus traditioneller und «neuer» Evidenz Therapien besser entwickelt, individuell angepasst und laufend optimiert werden. Begrenzt wirksame oder unnötige Therapien können so identifiziert und reduziert werden, was OKP Kosten einspart. Patientinnen und Patienten sollten zudem von den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, beispielsweise von regionalen und nationalen Expertengremien wie bspw. Tumorboards profitieren. Die Bedeutung von datengestützten Wirksamkeitsnachweisen ausserhalb der traditionellen Studienformen wird in den nächsten Jahren stark zunehmen. Eine Präzisierung der Wirksamkeit ist deshalb für die Zukunftsfähigkeit der OKP von grosser Bedeutung. Zweckmässigkeit	Patienten und die Gesellschaft ist bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit angemessen zu berücksichtigen.

				1ter Eine Leistung ist zweckmässig, wenn sie medizinisch indiziert ist. Die Zweckmässigkeit wird derzeit vielfach umständlich und schwer verständlich definiert. Sie betrifft den aktuellen Behandlungsfall und ist im Einzelfall zu verneinen, wenn aus medizinischer Sicht die Risiken die Chancen übersteigen. Eine generell fehlende Zweckmässigkeit für die Vergütung ist nur dann gegeben, wenn die zur Diskussion stehende Leistung ganz generell nicht oder weniger indiziert ist als eine andere zur Verfügung stehende Behandlung. Allenfalls sind bspw. bei einer Behandlung Einschränkungen auf bestimmte Situationen oder Indikationen vorzunehmen, bei denen sie besser oder gleich gut wirkt wie eine andere Behandlung. Eine Konkretisierung der Zweckmässigkeit auf die medizinische Indikation einer spezifischen Massnahme bringt diese Definitionen auf den wesentlichen Punkt. <u>Wirtschaftlichkeit</u> 1quater Der Nutzen der Leistung für den Patienten und die Gesellschaft ist bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit angemessen zu berücksichtigen. Das KVG ist dahingehend zu präzisieren, dass nicht nur der medizinische Nutzen, sondern der Nutzen allgemein – für den Patienten, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft – zu berücksichtigen ist. Lassen sich mit einer Leistung erhebliche Einsparungen erzielen (z.B. Vermeidung von Krankheitsfolgekosten wie Arbeitsausfall, Sozialversicherungen, etc.), soll dieser Nutzen bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung angemessen berücksichtigt werden. Die Einzelheiten sind auf Verordnungsstufe zu regeln. Das Ziel einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten ist im geltenden Recht in Art. 43 Abs. 6 KVG als Grundsatz für Tarife und Preise bereits festgehalten. Dieser Artikel kann jedoch nicht derart	

				einseitig ausgelegt werden, dass ein Sparsamkeitsgebot dem anderen Ziel einer hochstehenden und zweckmässigen Versorgung vorgeht. Der Vernehmlassungsvorlage stützt sich auf das Primat eines Sparsamkeitsgebots, welches das KVG in dieser Form gar nicht kennt. Die reine Fokussierung auf die Kosten der Leistung in der Vorlage greift zu kurz, da der mit einer Leistung einhergehenden Nutzen unberücksichtigt bleibt. Mit der vorgeschlagenen Formulierung wird präzisiert, dass bei der Wirtschaftlichkeit auch der Nutzen der Leistung berücksichtigt werden muss.	
scin	33 35 36b 48a	3bis 2	o	scienceindustries unterstützt die Förderung der integrierten Versorgung, die Bildung von regionalen Netzwerken zur koordinierten Versorgung und Programme der Patientenversorgung. Gesundheitsfachleute sind sich weitgehend einig, dass das Schweizer Gesundheitswesen noch grosses Potenzial hat, sowohl die Qualität zu steigern als auch die Leistungen effizienter zu erbringen. Zu den Sparpotenzialen gehört unter anderem der Systemwechsel zur einheitlichen Finanzierungvon ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Dadurch würde die integrierte Versorgung gefördert, da mit EFAS das Potential deutlich besser ausgeschöpft werden kann. Die eingesparten Kosten können vollumfänglich als Prämienrabatte an die Versicherten weitergegeben werden, womit diese Modelle attraktiver werden.	
scin	40a 40b 40c 40d 41 41a			scienceindustries lehnt einen Zwang zur Erstberatungsstelle und damit die Einschränkung der freien Arztwahl und der Verschreibungsfreiheit ab. Die Einführung einer Erstberatungsstelle ist insbesondere im Zusammenhang mit Zielvorgaben problematisch. Dadurch verschlechtert sich die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten. Es besteht die Gefahr, dass Gesundheitsleistungen rationiert werden. scienceindustries unterstützt die Förderung einer qualitätssteigernden integrierten Versorgung über erhöhte Anreize für die Versicherten und die Leistungserbringer.	

				Dazu gehören bspw. unlimitierte einsparungsgerechte Prämienrabatte in der OKP und die Einbettung neuer Technologien wie der Telemedizin. Die bestehenden und freiwillig breit genutzten Angebote im Bereich der integrierten Versorgung und den entsprechenden Versicherungsmodellen sollten über Anreize weiter ausgebaut und nicht durch Zwangslösungen geschwächt werden. Frühere Volksabstimmungen und Umfragen zeigen, dass die Bevölkerung den Grundsatz der freien Arztwahl nicht aufgeben will, aber bereit ist, in eigener Entscheidung auf Modelle der integrierten Versorgung einzugehen.	
scin	42a	2-3		scienceindustries begrüsst die Massnahmen der elektronischen Rechnungsübermittlung und die technologische Weiterentwicklung der Versichertenkarte. Diese Schritte zur Nutzung der Digitalisierung ermöglichen Effizienzgewinne und wirken damit kostensparend.	
scin	52	1, Einleitungssatz		Gemäss erläuterndem Bericht soll der Einleitungssatz auf den gesamten Artikel 32 KVG ausgeweitet werden anstatt wie bisher auf Abs. 1. Damit soll der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung spezifisch auf Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände angewendet werden. Die Honorierung des Mehrwerts von neuen Behandlungen und eine verstärkte Nutzen-Kosten-Betrachtungen würden damit in den Hintergrund treten, was die Zugangsproblematik weiter verschärfen und die Versorgungssicherheit in der Schweiz bedrohen würde. Siehe auch Kommentar zu Art. 32 Abs. 3. scienceindustries lehnt diese Änderung ab.	
scin	52b			scienceindustries unterstützt die Einführung von Preismodellen nur, wenn sie mit einem schnelleren Zugang	

				der Patienten zu neuen innovativen Arzneimitteln einhergehen. Im KVG ist sicherzustellen, dass Preismodelle den rechtsgleichen und breiten Zugang zu qualitativ hoch stehenden, nachhaltig finanzierten Medikamenten und zum wissenschaftlichen und medizinische Fortschritt unterstützen. Vor dem Hintergrund der internationalen Preisreferenzierung ist die im Europäischen Ausland gängige eingeschränkte Transparenz auch für Preismodelle in der Schweiz, wie in Art. 52c E-KVG vorgeschlagen, essenziell. scienceindustries unterstützt die in Art. 52b Abs. 1 E-KVG vorgeschlagene Vorleistung durch die Versicherer und beide in lit. a und lit. b festgehaltenen Rückzahlungsmodalitäten. Um den Fonds für Rückerstattungen in lit. b zu ermöglichen ist auch die Änderung von Art. 18 Abs. 2septies lit. b E-KVG zu unterstützen. scienceindustries ist der Ansicht, dass Preismodelle ein geeignetes Mittel sind, um raschen Patientenzugang zu hoch innovativen Medikamenten im Rahmen der WZW-Kriterien zu ermöglichen. Dies betrifft insbesondere Situationen, wo das Preiskriterium des therapeutischer Quervergleichs (TQV) nicht anwendbar ist. Wir lehnen es jedoch ab, Preismodelle dazu einzusetzen, die gleichmässige Gewichtung von APV und TQV zu unterlaufen. scienceindustries unterstützt grundsätzlich die Regelung von Modellen auf Verordnungsebene wie in Art. 52b Abs. 3 E-KVG vorgeschlagen. Der Ausgestaltung der Modelle in der Verordnung kommt eine grosse Bedeutung zu. Unabdingbar dafür ist die Flexibilität, verschiedene Arten von Preismodellen zu nutzen, die auf die jeweilige Situation angepasst sind. Insbesondere wenn der TQV nicht durchführbar ist, sollen Modelle eine WZW-konforme Lösung ermöglichen. Die Industrie ist bereit, hier gemeinsam mit dem BAG praktikable Lösungen zu	

				erarbeiten und eine Toolbox für verschiedene Modelle zu vereinbaren. Preismodelle sind nicht bloss als Möglichkeit der Preisreduzierung zu betrachten, sondern sollen dazu dienen, den Zugang bei erhöhter Unsicherheit bezüglich der Wirksamkeit oder den Kostenfolgen besser abzubilden und zu ermöglichen. Die Pharmabranche ist bereit, bei anfänglich bestehenden Unsicherheiten mit Modellen wie Pay-For-Performance oder Volumen-basierten Modelle die Risiken zu teilen (Risk sharing).	
scin	52c			Vertrauliche Preismodelle ermöglichen eine flexible, an die lokale Marktsituation angepasste Preisgestaltung und sind in vielen Ländern üblich. Vor dem Hintergrund der internationalen Preisreferenzierung ist die im Europäischen Ausland übliche Vertraulichkeit auch für Preismodelle in der Schweiz essentiell. scienceindustries unterstützt Art. 52c E-KVG, wonach die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b von Gesuchen nach Art. 5 des BGÖ ausgenommen werden können. Damit wird ein Mittelweg beschritten, bei dem alle an der Umsetzung von Preismodellen beteiligten Akteure die notwenigen Informationen gewährleistet ist (eingeschränkte Transparenz).	
scin	54 54a 54b 54c 54d			scienceindustries lehnt Zielvorgaben und Kostendächer im Gesundheitswesen sowohl auf nationaler wie auch auf kantonaler Ebene grundsätzlich ab. Führende Gesundheitssysteme definieren sich über Qualitätsziele und nicht über Kostenziele. Es wäre ein Rückschritt für das Schweizer Gesundheitswesen, wenn die Qualität in der Grundversicherung durch einseitige Kostenziele kompromittiert würde. Das Gesundheitswesen ist aufgrund der technologischen Entwicklungen, des demografischen	

				Wandels und steigender Nachfrage sehr dynamisch. Informationen zur Steuerung sind immer unvollständig, was Ineffizienzen bei Entscheidungen im komplexen Gesundheitswesen zur Folge hat. Der vorgeschlagene Prozess ist zudem im KVG systemwidrig und droht, einen grossen bürokratischen Aufwand zu verursachen. Zielvorgaben bergen die Gefahr, dass medizinische Leistungen rationiert und die Patienten dadurch schlechter versorgt werden. Ausserdem bremsen oder verhindern sie notwendige Investitionen, was langfristig die Qualität senkt und Kosten und Ineffizienz treibt. Der Vorschlag wonach Zielvorgaben für sämtliche Kostenblöcke inklusive der Medikamente auf Kantone aufgeteilt würde, ist systemwidrig. Da die Preise für Arzneimittel auf nationaler Ebene festgelegt werden, macht eine Steuerung durch die Kantone keinen Sinn. Eine Mengensteuerung durch die Kantone würde einem Flickenteppich kantonaler Rationierungen gleichkommen. Zudem wären jährliche Zielvorgaben im Arzneimittelbereich schädlich. Aufgrund von Patentabläufen, Neueinführungen und Strukturveränderungen unterliegt der Pharmamarkt grossen Schwankungen, während die langfristige Entwicklung im Vergleich zu anderen Kostenblöcken seit 20 Jahren stabil ist. Medikamente machen nur 12% der Ausgaben im Gesundheitswesen aus. Bei Therapiedurchbrüchen wie beispielsweise gegen Hepatitis C oder bei Interventionen im Zusammenhang mit Epidemien kann es zu zeitlich begrenzten Kostenverschiebungen kommen, die aber mittel- und langfristig Kosten im Gesundheitswesen und anderen Sozialversicherungen sparen, da Krankheiten wirksamer und schneller geheilt werden. scienceindustries unterstützt ein lösungs-orientiertes Horizon Scanning, das alle Akteure einbezieht und zum Ziel hat, die Ressourcen im	

				Gesundheitswesen besser zu planen.	
scin	14 E-IVG 14ter E-IVG			scienceindustries begrüsst grundsätzlich Änderungen in der Invalidenversicherung, die die Vergütung von Arzneimitteln besser regeln und die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen. Dabei ist der Zweck der IVG zur Eingliederung und für einen Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten voll zu respektieren. Der schnelle Patientenzugang zu Behandlungen ist bei Geburtsgebrechen besonders wichtig. Der Vorrang der kostengünstigen Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 E-KVG ist insbesondere auch für das IVG entschieden abzulehnen. scienceindustries unterstützt grundsätzlich Art. 14 Abs. 2 E-KVG, wonach die WZW-Kriterien sinngemäss angewendet werden, die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss und dabei im Fall von seltenen Krankheiten die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt wird. Die sinngemässe Anwendung der WZW-Kriterien muss dem Zweck des IVG entsprechend breiter ausfallen. Im Gegensatz zum IVG ist das KVG auf einzelne Leistungen ausgerichtet. Es ist deshalb unabdingbar, dass sich die Umsetzung der WZW-Kriterien bei der Führung einer Arzneimittelliste im IVG von der Umsetzung der WZW-Kriterien für die Spezialitätenliste unterscheidet. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im Hinblick auf die Eingliederung und den Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten zu beurteilen. scienceindustries unterstützt die Art. 14ter Abs. 3 und 4 E-IVG vorgeschlagene Regelung der Vergütung von Arzneimitteln. scienceindustries unterstützt grundsätzlich	

				auch eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen wie in Art. 14ter Abs. 5 E-IVG vorgeschlagen. Eine direkte Anwendung der für die Spezialitätenliste konkretisierten WZW-Kriterien unter Missachtung des Zweckes des IVGs lehnen wir jedoch ab. Ein Kostengünstigkeitprinzip im IVG lehnen wir dezidiert ab. scienceindustries unterstützt die Möglichkeit von Preismodellen mit eingeschränkter Transparenz, wie in Art. 14ter Abs. 6, 7 und 8 E-IVG.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

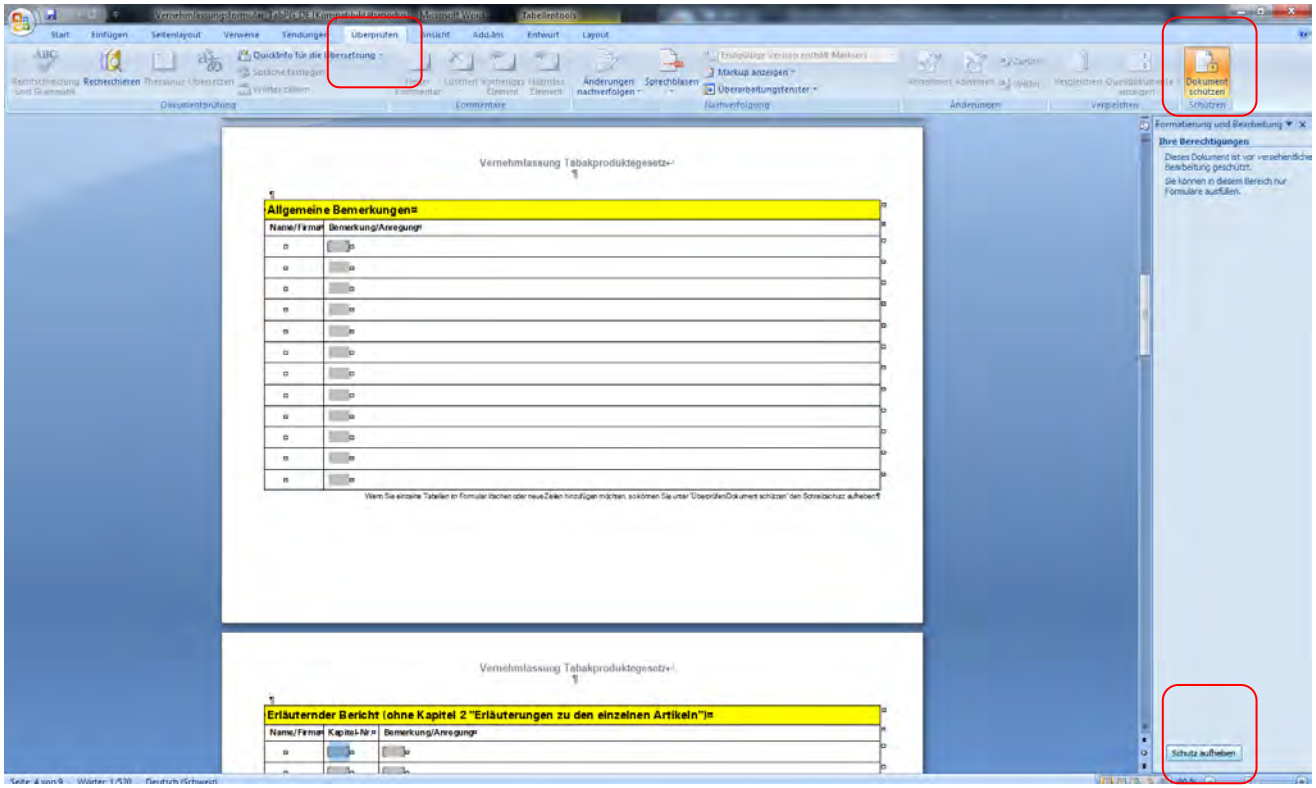
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

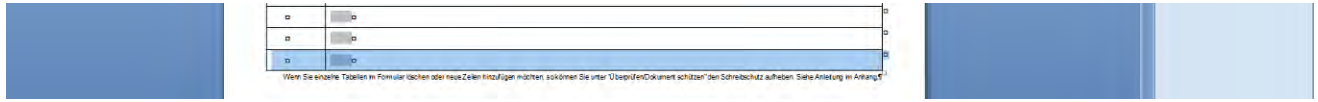
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



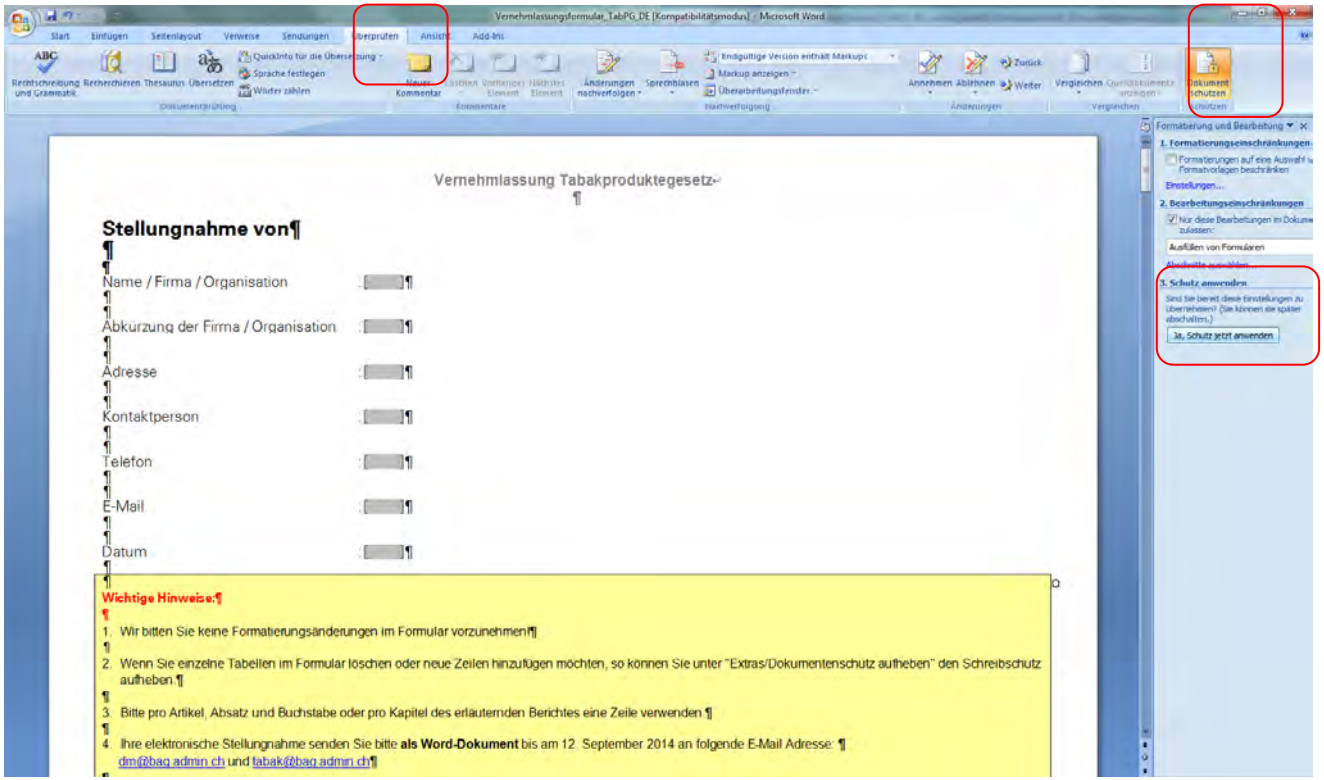
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



scienceindustries
Wirtschaftsverband
Chemie Pharma Life Sciences

Nordstrasse 15
Postfach, 8021 Zürich

T +41 44 368 17 11
F +41 44 368 17 70
info@scienceindustries.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG
Seilerstrasse 8
3011 Bern

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

13. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2): Vernehmlassungsantwort von scienceindustries

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für Ihr Schreiben vom 19. August 2020, in welchem Sie uns zur Stellungnahme zum zweiten Paket der Kostendämpfungsmassnahmen einladen. Gerne erläutern wir Ihnen nachfolgend unsere Positionen.

scienceindustries ist der Schweizer Wirtschaftsverband Chemie, Pharma und Life Sciences. Sie vertritt die wirtschaftspolitischen Interessen von rund 250 in der Schweiz tätigen Unternehmen aus genannten und verwandten Branchen gegenüber staatlichen Behörden, der Öffentlichkeit und internationalen Organisationen. Unsere Mitgliedunternehmen beschäftigen in der Schweiz rund 70'000 Mitarbeitende und leisten mit mehr als 45% aller Schweizer Exporte sowie 40% der gesamten privatwirtschaftlichen Investitionen in Forschung und Entwicklung einen wesentlichen Beitrag zum Wohlstand unseres Landes. Rund 100 unserer Mitgliederfirmen sind in der Arzneimittelforschung, -herstellung oder in deren Vertrieb tätig, womit sie unmittelbar oder mindestens mittelbar vom vorgeschlagenen Massnahmenpaket betroffen sind.

Einzeln hervorheben möchten wir im Folgenden die Einführung einer **Zielvorgabe**, die Regelung zur Vereinbarung von **Preismodellen**, die differenzierte Prüfung der **WZW-Kriterien**, die **koordinierte Versorgung** und die Schaffung einer **Erstberatungsstelle**. Die Ausführungen zu den einzelnen Bestimmungen entnehmen Sie bitte dem Anhang zu dieser Stellungnahme.

Allgemeine Vorbemerkungen

Mit den vorgeschlagenen Massnahmen im Kostendämpfungspaket 1 (KP1) wird bereits auf die Arzneimittelpreise gezielt. Falls sie beschlossen werden, haben die Generika- und die Originalhersteller zusätzliche substanzielle Einsparungen zu tragen. Mit den Massnahmen im Kostendämpfungspaket 2 (KP2) zielt der Bundesrat erneut auf die Medikamentenpreise, obwohl die Pharmaindustrie seit langem einen signifikanten Beitrag zur Kostendämpfung in der Schweiz leistet. Als bedeutender Akteur im Schweizer Gesundheitswesen sind wir bereit, darüber hinaus gehende Massnahmen zu evaluieren. In diesem Zusammenhang ist es für uns zentral, dass die Massnahmen bei den Ursachen angesetzt werden, indes nicht dort, wo Sparmassnahmen aufgrund föderaler Strukturen am einfachsten durchgeführt werden können. Angesichts der Tatsache, dass die Effekte der neu geregelten dreijährlichen Preisüberprüfungen noch nicht abschliessend beurteilt werden können, ist es grundsätzlich verfrüht, erneut Massnahmen im Arzneimittelbereich vorzuschlagen. Mit den gesetzlich eingeführten dreijährlichen Preissenkungsrunden trägt die Pharmaindustrie gemäss Bundesrat Berset seit 2012 bereits jährlich wiederkehrend mit einer Milliarde Franken zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei und kürzlich wurden für die Überprüfung im Jahr 2020 erneut mindestens 60 Millionen an Einsparungen kommuniziert.; ein deutliches Zeichen wie effizient das bestehende System grundsätzlich funktioniert.

Insgesamt trägt der einseitige Fokus der Vorlage auf die Kostendämpfung u.E. wenig zu einem zukunftsgerichteten, nachhaltigen Gesundheitswesen bei. Im Gegenteil droht mit den vorgeschlagenen Massnahmen eine weitere administrative Belastung aller Beteiligten. Leistungen und Qualität für Patienten werden beschnitten, der Zugang zur Innovation behindert und der Innovationsstandort geschwächt. scienceindustries unterstützt anstelle einer einseitigen Kostendämpfung eine zukunftsgerichtete Diskussion über die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens. Anstelle der einseitigen Fokussierung sollte das Krankheitsversicherungsgesetz (KVG) Fortschritt belohnen und unnötige Kosten einsparen. Es soll den Nutzen für die Patienten ins Zentrum der Gesundheitspolitik stellen und ein hochwertiges Gesundheitsdaten-Ökosystem unterstützten. Auftretende Versorgungsengpässe, Antibiotikaresistenzen oder die zurückhaltende Entwicklung neuartiger Impfstoffe zeigen, welche Folgen eine ungenügende Belohnung für Innovation haben kann.

Insbesondere das Zulassungs– und Vergütungssystem sollte sich parallel zum wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt weiterentwickeln. Dies erfordert u.a., dass das Vergütungsverfahren des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) stärker an die beschleunigten Zulassungsverfahren von Swissmedic angebunden wird. Dabei muss eine zeitgemässe Preisfestsetzung auf einer breiten Nutzen-Kosten-Evaluation basieren, mit welcher der Nutzen für den Patienten, für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft sowie alle Kostenfolgen berücksichtigt werden. Aufgrund der stark verzögerten Aufnahme von innovativen Medikamenten in die Spezialitätenliste (SL) wird der Zugang zu innovativen Medikamenten aktuell beträchtlich eingeschränkt. Die Pharmaindustrie fordert, dass die Patienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unmittelbar ab bestehender Swissmedic-Zulassung Zugang zur Innovation erhalten. Zur Erreichung dieses Ziels zeigt sich die Industrie dazu bereit, mit Vergütungsmodellen - wie im KP2 vorgeschlagen - eine rasche, zeitlich befristete Aufnahme zu ermöglichen. Der Gesetzgeber sollte im KVG festhalten, dass Arzneimittel oder neue Indikationen per Datum ihrer Marktzulassung durch Swissmedic in deren Umfang in die Spezialitätenliste aufgenommen und vergütet werden. Dadurch können auch Vergütungen im Einzelfall nach Art. 71a-d KVV reduziert werden.

Einführung einer Zielvorgabe zur Festlegung von Kostenzielen für das OKP-Wachstum

Die Pharmabranche spricht sich **gegen Zielvorgaben** im Gesundheitswesen aus, die im Endeffekt Innovationen verhindern und den Zugang zu solchen beschränken. Ausländische Erfahrungen zeigen, dass sie mit einem grossen bürokratischen Aufwand verbunden sind und eine zweifelhafte Wirkung entfalten. Insbesondere in Verbindung mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle kann die Zielvorgabe im KP 2 zu Qualitätsminderungen und Rationierungen führen. Insb. mit Blick auf die Seltenen Krankheiten könnte sich diese Massnahme kritisch auswirken und damit die in den letzten Jahren erreichten Erfolge wieder zunichtemachen, indem auf den Einsatz dieser Medikamente verzichtet wird oder Patienten Ende des Jahres nicht behandelt oder verzögert behandelt werden. Die Gesundheitskosten jener Kantone, welche in ihren Spitälern ein Kostendach eingeführt haben (Genf, Waadt und das Tessin) zeigen aber, dass diese dort höher als im nationalen Schnitt liegen und von 2012 bis 2016 auch stärker angestiegen sind. Bevor neue einschränkende Massnahmen getroffen werden, müssen Fehlanreize in der Finanzierung beseitigt werden, das Prinzip ambulant vor stationär (EFAS) eingeführt und Fehlanreize bei den Vertriebsmargen (Art. 38 KLV) beseitigt werden.

Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen

scienceindustries sieht mit der vorgeschlagenen Regelung zu **Preismodellen** die Möglichkeit, dass der Zugang der Patienten zu innovativen Arzneimitteln verbessert werden kann und **befürwortet** diese Massnahme grundsätzlich. Eine erfolgreiche Umsetzung setzt jedoch voraus, dass neue Medikamente rasch zum Patienten gelangen. Wir fordern deshalb – wie bereits in den allgemeinen Bemerkungen erwähnt – dass neue Produkte ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic den Patienten zugänglich gemacht werden. Aktuell vergehen teilweise Monate oder gar Jahre, bis der Vergütungsentscheid durch das BAG gefällt wurde. Bei einer späteren Überprüfung - im Falle der Aufnahme eines Produkts mit einem Preismodell, bei dem noch Daten fehlen - sollte die Möglichkeit bestehen (sofern es die Studiendaten erlauben), dies entsprechend in der Preisgestaltung zu honorieren. Ein schneller Zugang, mittels vorläufiger Daten, sollte nicht von Anfang an zu einem «irreversiblen» Preis führen. Von der eingeschränkten Transparenz bzgl. den Preismodellen nehmen wir zufriedenstellend Kenntnis, handelt es sich hierbei doch um ein notweniges Element zu deren Umsetzung und daher auch um internationale Praxis.

Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien inkl. Kostengünstigkeitsprinzip

Der Bundesrat verlangt vom Parlament eine weitreichende Delegationsnorm, die Instrumente zur Senkung der Arzneimittelpreise der Originalhersteller zu ändern. Dabei soll auf Verordnungsstufe das **Kostengünstigkeitsprinzip** eingeführt, die WZW-Prüfung differenziert und die Preisüberprüfung jährlich anstatt dreijährlich durchgeführt werden. Damit würde allerdings die andauernde Rechtsunsicherheit bei der Festlegung der Medikamentenpreise weiter verschärft und der Zugang zu innovativen Arzneimitteln aufgrund der verringerten Planbarkeit für die Unternehmen zusätzlich behindert. Dass die Delegationsnorm zusätzlich für alle OKP-Leistungen das Ziel einer möglichst kostengünstigen Vergütung bei der Prüfung der WZW-Kriterien Vorrang einräumen will, kommt erschwerend hinzu. scienceindustries widerspricht dem Ansinnen dieser Massnahme, welche die Entwicklung der jüngsten Gerichtsentscheide zum Überprüfungsmechanismus bei den Arzneimittelpreisen ignoriert. Demnach ist der **therapeutische Quervergleich (TQV)** und somit der Nutzen eines Arzneimittels gegenüber vergleichbaren Alternativen stets zu berücksichtigen. Die **Fokussierung auf das günstigere Ergebnis von APV und TQV weicht von diesem Mechanismus ab und verkennt den Mehrwert** von neuen oder weiterentwickelten Arzneimitteln. Mit der Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips würde die Qualität des Gesundheitswesens geschädigt wie auch Innovationen für die Verbesserung von Behandlungen und für Durchbruchmedikamente, welche unheilbare Krankheiten lindern oder gar heilen könnten, erschwert. Das Prinzip ist zudem nicht vereinbar mit dem bedeutenden Forschungs- und Innovationsstandort Schweiz und gefährdet im Übrigen die Versorgungssicherheit.

Anstelle der vorgeschlagenen Bestimmung in Art. 32 Abs. 3 VE-KVG sollten die einzelnen WZW-Kriterien im KVG dahingehend konkretisiert werden, dass bei Vergütungsentscheiden die Ziele einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens und der rechtsgleiche und breite Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen und zur Innovation berücksichtigt werden. Bei der Wirtschaftlichkeit sollte entsprechend dem heutigem Recht präzisiert werden, dass auch andere Wirksamkeitsnachweise als klinisch kontrollierte Studien zugelassen sind. Damit ist sichergestellt, dass bei der Wirksamkeit der wissenschaftliche und technologische Fortschritt berücksichtigt wird. Die Zweckmässigkeit sollte verständlich definiert werden und die medizinische Indikation einer Massnahme betreffen. Bei der Wirtschaftlichkeit ist zu präzisieren, dass der Nutzen für den Patienten und für die Gesellschaft angemessen zu berücksichtigen ist. Das Ziel einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten ist im geltenden Recht in Art. 43 Abs. 6 KVG als Grundsatz für Tarife und Preise bereits festgehalten.

Stärkung der koordinierten Versorgung und Schaffung einer Erstberatungsstelle

scienceindustries **befürwortet** die Förderung der **koordinierten Versorgung** über die Definition von Netzwerken in gleichem Masse wie die vorgesehenen Programme der Patientenversorgung. Die damit einhergehende Aufwertung u.a. von Apothekerinnen und Apothekern, die neu z.B. im Rahmen von Patientenprogrammen spezifische, bisher ärztliche Leistungen übernehmen könnten (z.B. Impfungen im nationalen Impfprogramm), ist im Sinne eines effizienten und patientenzentrierten Gesundheitswesens zu begrüssen. Unserer Ansicht nach würde das Potential der integrierten Versorgung mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung (EFAS) deutlich besser ausgeschöpft, da die eingesparten Kosten vollumfänglich als Prämienrabatte an die Versicherten weitergegeben werden könnten und diese Modelle attraktiver machen würde. Hingegen spricht sich scienceindustries **gegen den Zwang zur Kontaktierung einer Erstberatungsstelle** aus. Die bestehenden Angebote der Leistungserbringer, insbesondere der Telemedizin und der Krankenversicherer, die auf Freiwilligkeit der Versicherten und der Leistungserbringer beruhen, sind mit Anreizen über Versicherungsmodelle zu stärken. In diesem Sinne sollen Rabatte die effektiv erreichten Einsparungen reflektieren dürfen und somit nicht mehr limitiert werden. Die freie Arztwahl und die Verschreibungsfreiheit sind als Gerüst für ein patientenorientiertes, qualitativ hochstehendes Schweizer Gesundheitswesen zu bewahren.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Dr. Stephan Mumenthaler
Direktor

Jürg Granwehr
Bereichsleiter Pharma & Recht

SGB | USS
www.sgb.ch | www.uss.ch
Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Union syndicale suisse
Unione sindacale svizzera

Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 21. Oktober 2020

Vernehmlassung Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2) / Indirekter Gegenvorschlag zur "Kostenbremse-Initiative"

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der SGB nimmt dazu wie folgt Stellung – zu Beginn mit einigen grundsätzlichen Ausführungen und danach auf die einzelnen Vorschläge Bezug nehmend.

Grundsätzliche Bemerkungen

Seit geraumer Zeit beherrscht die Diskussion um Kostendämpfungen die gesundheitspolitische Debatte. Das ist deshalb gut nachvollziehbar, weil sich der jährlich starke Anstieg der OKP-Ausgaben systematisch in entsprechenden (oder gar höheren) Prämiensteigerungen bemerkbar macht. Die Prämien haben seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 real (!) um etwa 140 Prozent zugenommen. Das drängendste Problem ist für grosse Teile der Bevölkerung deshalb nicht das – volkswirtschaftlich und demografisch in seiner Grössenordnung erklärbare – Ausmass der Gesundheitskosten, sondern die Art, wie diese finanziert werden. **Denn zu den unsozialen Kopfprämien kommt für die Versicherten eine im OECD-Vergleich rekordmässig hohe direkte Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt, Medikamente, Zahnpflege etc.) hinzu.** Die Wirkung des einzigen sozialen Korrektivs der individuellen Prämienverbilligungen ist zudem über die Jahre hinweg immer mehr erodiert, was hauptsächlich auf die unzähligen und teilweise gar rechtswidrigen Budgetkürzungen in den Kantonen zurückzuführen ist.

Vor dem Hintergrund der unsozialen Finanzierung des Gesundheitswesens, lassen sich zu den Kostendämpfungen folgende Vorbemerkungen machen: Der "Expertenbericht Diener", auf den sich auch das zweite Massnahmenpaket zu grossen Teilen stützt, kommt in einer volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise zum nüchternen Schluss, dass eine der Entwicklung des nominalen Potenzial-BIPs entsprechende Steigerung der Gesundheitskosten praktisch gegeben ist und geht dabei von 2.7% aus. Die Kosten werden also weiter zunehmen (und damit der Druck für eine soziale Finanzierung). Diese Feststellung schliesst aber nicht aus, dass auf der Basis der heute generierten Kostenblöcke substanzielle Einsparungen erzielt werden können bzw. müssen. Die im selben Bericht rezitierte Zahl von "20 Prozent Effizienzsteigerungspotenzial ohne Qualitätsverlust" – welche im kürzlich vom BAG veröffentlichten Infras-Bericht auf 16-19% beziffert wird –

Monbijoustrasse 61, 3007 Bern, www.sgb.ch
031 377 01 01, Fax 031 377 01 02, info@sgb.ch
123 RW/es

halten wir allerdings für unrealistisch und gefährlich. Dies schon alleine deshalb, weil rund 70% der OKP-Ausgaben auf Personalaufwand entfallen. **Angesichts des sich parallel manifestierenden substanziellen Personalmangels und der heute bereits hohen Berufsausstiegsquoten beim Pflegepersonal muss eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen um jeden Preis verhindert werden; diese müssen im Gegenteil klar verbessert werden.** Dies auch deshalb, weil sonst – um in einer Kostendämpfungslogik zu bleiben – Qualitätsverluste und im Anschluss höhere Folgekosten drohen.

Klar ist, dass es dem allergrössten Teil des Personals im Gesundheitswesen definitiv nicht an "Kostenbewusstsein" mangelt. Im Gegenteil: Seit Jahren wird der durch die neue Spital- und Pflegefinanzierung ausgelöste Wettbewerb zwischen den Spitälern und Heimen auf dem Buckel der Beschäftigten ausgetragen. Gleichzeitig steigt die Komplexität der Pflegefälle kontinuierlich, was zusätzlich zu einem Anstieg der Arbeitsintensität beiträgt. Das Resultat sind Stress, Qualitätsprobleme und eine tiefe Berufsverweildauer. Neben den erwähnten Arbeitsbedingungen liefern in der Pflege aber alleine schon die Löhne eine hinreichende Erklärung hierfür: Gemessen am Durchschnittslohn werden Pflegepersonen im OECD-Raum nur noch in Litauen und Lettland schlechter bezahlt als in der Schweiz.

Zielvorgabe für die Kostenentwicklungen in der OKP

Zunächst begrüsst der SGB die ablehnende Haltung des Bundesrates zur "Kostenbremse"-Initiative der CVP. Diese ist einerseits im Haupttext sehr offen formuliert und damit eine "Büchse der Pandora". Dies zeigt etwa das Umsetzungskonzept der Partei, welches eine ganze Reihe an zusammengewürfelten Massnahmen präsentiert: einige davon sind rein symbolischer Art oder werden bereits umgesetzt, andere sind wirkungslos und dritte sind für eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung brandgefährlich. Andererseits wird die Initiative aber in den Übergangsbestimmungen ziemlich deutlich: Konkrete Massnahmen müssten dann ergriffen werden, wenn die Krankenkassenprämien um 20% stärker steigen als die Löhne. Betrachtet man die Prämien- und Lohnentwicklung der vergangenen Jahre, wird schnell klar, dass eine solch strikte Regel zu harten Kürzungen bzw. Rationierungen und damit zu einer Zweiklassen-Medizin führen würde.

Die "Zielvorgabe" – wie sie vom Bundesrat als zentrale Massnahme des indirekten Gegenvorschlags zur CVP-Initiative vorgelegt wird – lehnt der SGB jedoch ebenfalls ab. Grundsätzlich anerkennen wir Folgendes: Für eine Sozialversicherung mit entsprechendem Beitragsobligatorium ist es in der Tat systemfremd, dass per se keine Budgetvorgaben existieren und im Rahmen des Leistungskatalogs (und teilweise darüber hinaus) letztlich jeder Arzt/jede Ärztin bzw. jede zur Abrechnung zugelassene Institution unbegrenzt und zu einem gleichbleibenden Tarif Leistungen verrechnen kann, sofern diese als medizinisch indiziert betrachtet werden. Denn wie mehrfach nachgewiesen wurde, begünstigt das aktuelle Abgeltungssystem sowohl durch die Einzelleistungstarife im ambulanten Bereich (Tarmed) als auch durch die leider im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung vor bald 10 Jahren eingeführte Subjektfinanzierung im stationären Bereich (DRG-Fallpauschalen) das Entstehen einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung bzw. die Durchführung und Abrechnung unnötiger, unwirksamer und/oder mangelnd koordinierter Behandlungen. Letztere müssen reduziert werden, das Sparpotenzial ist in der Tat beträchtlich.

Wir bezweifeln aber, dass die Einführung der Zielvorgabe eine wirksame Massnahme ist, um dieses Sparpotenzial abzuschöpfen. Der dafür vorgeschlagene Mechanismus scheint zwar institutionell gut austariert, das mehrstufige Verfahren ist allerdings kompliziert, für alle involvierten Akteure äusserst aufwändig und es lässt letztlich doch erstaunlich viel Spielraum (wie auch

durch Formulierungen wie "empfohlenes Kostenziel", "Toleranzmarge" oder "optionale Korrekturmass-nahmen" deutlich wird). **Für die Kostendämpfungswirkung entscheidend ist schlussendlich aber nur, welche konkreten Konsequenzen eine "sanktionswürdige" Überschreitung der Zielvorgabe in einem Versorgungsbereich bzw. Kanton hat. Der Vorentwurf ist hierzu klar und sieht zu Recht verschiedene Tarifmassnahmen vor, darunter vor allem eine Ausweitung der Kompetenzen der öffentlichen Hand für subsidiäre Tarifeingriffe.** Dies ist absolut richtig, denn eine Stärkung der demokratischen bzw. öffentlichen Steuerung ist im Tarifbereich – nicht nur im Kontext der Kostendämpfungen – unerlässlich. Allerdings braucht es erstens für die Schaffung dieser Kompetenzen die vorgelagerte aufwändige Struktur der Zielvorgabe keineswegs. Und zweitens wurde der Kern dieser Gesetzesänderung im Rahmen des "Kostendämpfungspakets 1" vom Bundesrat bereits vorgeschlagen: VE-KVG Art. 47c sieht zwingend vor, dass die Tarifpartner "Massnahmen zur Steuerung der Kosten" ergreifen müssen, insbesondere auch was die mengenmässige Entwicklung der Leistungen betrifft. Können sich die Tarifpartner darauf nicht einigen, erhält der Bundesrat eine entsprechende subsidiäre Kompetenz. Art. 47c wurde im Rahmen der parlamentarischen Beratung (Stand heute) sogar noch gestärkt, und zwar indem zur Korrektur ungerechtfertigter Kosten- und Mengenentwicklungen degressive Tarife festgelegt werden müssen.

Die Zielvorgabe wird oft auch als "Globalbudget" bezeichnet, bzw. von gewissen Seiten als solches verschrien. Sinnvoll ausgestaltet, können Globalbudgets aber ein wirksames Instrument sein, welches einerseits eine partielle Abkehr von der anreizökonomisch falschen Subjektfinanzierung bringt und andererseits wirksame Einsparungen ermöglicht. In den Kantonen Waadt, Genf und Tessin hatte die Einführung von Globalbudgets für die Spitäler jedenfalls eine klar positive, bzw. im schweizweiten Vergleich unterdurchschnittliche Kostenentwicklung im spitalstationären Bereich zur Folge (wobei die bisweilen befürchteten Rationierungserscheinungen nicht eingetroffen sind). Globalbudgets können also für Spitäler (und Pflegeheime) bereits heute von den Kantonen eingeführt werden (nach KVG Art. 51), es braucht dafür keine Zielvorgabe mit subsidiärer kantonaler Kompetenz.

Konkrete Kostendämpfungsmassnahmen in jenen Bereichen, wo eine optimale Gesundheitsversorgung von Fehlanreizen und "Profitgelüsten" überlagert wird, sind daher unserer Meinung nach viel sinnvoller als die Einführung der vorgeschlagenen Zielvorgabe. Über die im Rahmen der beiden Kostendämpfungspakete diskutierten Massnahmen hinaus möchten wir im Folgenden deshalb noch zwei darin fehlende, jedoch sehr wirksame und dringende Massnahmen hervorheben:

- **Zusatzversicherungen:** Durch die Existenz krasser finanzieller Fehlanreize belastet die Überversorgung im Bereich der Zusatzversicherungen die Grundversicherung mit jährlich mehreren hundert Millionen Franken (dies deshalb, weil der medizinische Tarif auch für jeden Eingriff bei einer zusatzversicherten Person über die Grundversicherung abgerechnet wird). Das ist absolut inakzeptabel, denn es bedeutet, dass Gewinne von Privatversicherern und Privatspitalgruppen sowie bisweilen überrissene Ärztehonorare teilweise über die Krankenkassenprämien der Grundversicherung finanziert werden. Im "Expertenbericht Diener" wird dieses Problem anerkannt; mit Massnahme 28 sollen "missbräuchliche Zusatzversicherungstarife" verhindert werden. Nur ist seither diesbezüglich leider gar nichts passiert (abgesehen von einigen FINMA-Eingriffen). **Der SGB hat bereits im Rahmen der Vernehmlassung zum Kostendämpfungspaket 1 moniert, dass im Bereich der Zusatzversicherungen keinerlei Massnahmen vorgeschlagen werden,** und nun stellen wir mit Ernüchterung fest, dass dies auch für das zweite Paket gilt. Wir fordern daher den Bundesrat erneut dazu auf, diese Thematik in der Botschaft an das Parlament endlich mit griffigen Vorschlägen aufzunehmen.

- **Ambulant vor Stationär:** Die völlig falsch konstruierte Vorlage zur "Einheitlichen Finanzierung ambulant/stationär" wurde im Parlament zum Glück vorerst gebremst. Allerdings geschieht auch in der – durch diese Vorlage angeblich geförderten – Verlagerungspolitik "ambulant vor stationär" zurzeit nicht viel, und das ist problematisch. Die Schweiz weist im internationalen Vergleich einen zu tiefen Anteil spital-ambulant durchgeführter chirurgischer Eingriffe auf, weshalb der Bundesrat im Februar 2018 dazu eine verbindliche "Eingriffsliste" erlassen hat. Nachdem diese Liste nun seit bald zwei Jahren in Kraft ist, stellen sich Fragen nach ihrer Wirksamkeit sowie ihrer möglichen Ausweitung. Etliche Studien kommen zum Schluss, dass das Einsparpotenzial hier sehr gross ist, jedoch nur mit einem deutlich grösseren Kreis ambulant durchzuführender Eingriffsgruppen erreicht werden kann. **Die Unklarheit um "EFAS" ist kein Grund, mit der Verlagerungspolitik über Eingriffslisten zuzuwarten, im Gegenteil: EFAS muss dringend gestoppt und die Verlagerungspolitik zügig vorangetrieben werden.**

Eine letzte Bemerkung zur Zielvorgabe: Sollte diese als Massnahme weiterverfolgt werden, ist selbstverständlich sicherzustellen, dass in der zu schaffenden "Eidgenössischen Kommission für Kostenziele" auch die Arbeitnehmendenseite bzw. VertreterInnen der Pflege Einsitz haben. Der Kreis der Mitglieder, im Vorentwurf unter Art. 54e Abs. 3 festgelegt, muss entsprechend ausgeweitet werden.

Erstberatungsstelle und koordinierte Versorgung

Der SGB begrüsst es sehr, dass der Bundesrat gut acht Jahre nach dem Scheitern der "Managed-Care"-Vorlage substanzielle – und substanziell bessere – Vorschläge zur Stärkung der koordinierten Versorgung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung macht. Die Einführung von Erstberatungsstellen und die gesetzliche Verankerung von Netzwerken der koordinierten Versorgung sowie von Programmen der Patientenversorgung sind Massnahmen, die in die richtige Richtung gehen. In ihrer konkreten Ausgestaltung sehen wir aber einigen Änderungsbedarf – dies insbesondere dahingehend, dass die Aufgaben der Erstberatung und der Koordination zusammengeführt und vereinheitlicht werden müssen. Der SGB unterstützt daher als "Gegenvorschlag" das im Rahmen der "Plattform Soziale Medizin" entstandene Konzept der "Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)" und nimmt in den folgenden Ausführungen darauf Bezug.

Die Stärkung der Leistungskoordination, der (Erst-)Beratung und der Dossierführung ist sehr wichtig. Diese Aufgaben müssen aber zusammen gedacht werden, weshalb wir nicht einsehen, wieso der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle und den Netzwerken der koordinierten Versorgung zwei verschiedene und voneinander getrennte neue (bzw. neu definierte) Kategorien von Leistungserbringern einführen will: Netzwerke können die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen, Erstberatungsstellen müssen aber nicht zwingend Koordinationsaufgaben übernehmen; Erstberatungsstellen sollen obligatorisch sein, Koordinationsnetzwerke hingegen nicht. **Dabei wäre es wichtig, dass sowohl die Erstberatung als auch die Dossierführung (inkl. elektronischem Patientendossier) und die Leistungskoordination aus einer Hand erfolgen.** Anstatt die Erstberatungsstellen auch zu Koordinationsstellen aufzuwerten, wird ihnen vielmehr die Aufgabe des "Gatekeepings" zugeteilt: Der Hausarzt/die Hausärztin bzw. die HMO-Praxis soll zum gewollten Flaschenhals werden, der die "Überbeanspruchung" von Spezialarztleistungen verhindert. Das mag in gewissen Fällen sinnvoll sein, aber ohne ganzheitliche Patientenbegleitung (d.h. inklusive Koordination und Dossierführung) würde damit das Vertrauen der PatientInnen in die Erstberatungsstellen schnell sinken. Und dies zu Recht, denn es wäre wohl nicht zu

verhindern, dass Erstberatungsstellen dahingehend unter Druck kommen (etwa seitens der Krankenkassen), möglichst wenige Überweisungen zu tätigen. Ist dies bereits heute, d.h. in freiwillig gewählten Hausarzt- oder HMO-Modellen der Fall, besteht für die PatientInnen immerhin die Option, ins Standardmodell oder zu einer anderen Kasse zu wechseln. Zukünftig, d.h. mit obligatorischen Erstberatungsstellen für alle gäbe es diese Option aber nicht mehr, weshalb besondere Vorsicht geboten ist. Gerade wenn auch die heute bereits existierenden "Gatekeeper" zukünftig mehr Beratungs- und Koordinationsaufgaben übernehmen sollen, gewinnt z.B. die schon lange von verschiedener Seite vorgebrachte Forderung, dass deren Leistungsverträge mit den Versicherern endlich offengelegt werden müssen, an neuer Dringlichkeit. Denn Bestimmungen der mehr oder weniger strikten Leistungsdeckelung ("capitation") – und diese existieren heute in vielen HMO-Modellen – sind mit einem diskriminierungsfreien Zugang zu einer optimalen Gesundheits-versorgung oft nicht vereinbar.

Als Gegenvorschlag zu den bundesrätlichen Vorschlägen bzw. als Konzept für deren konsequentere Umsetzung soll mit der Einführung einer einheitlichen "Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)" der Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer hochstehenden und optimal koordinierten medizinischen Erstversorgung sichergestellt werden. JedeR VersicherteR soll eine BKS nominieren und hat dabei die freie Wahl; ebenfalls haben die Versicherten jederzeit Anrecht auf eine medizinische Zweitmeinung (wie dies auch im "Expertenbericht Diener" gefordert wird). Die BKS – das können Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften oder Ambulatorien sein – sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination der Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Damit würden sie auch zur einheitlichen Instanz, welche sicherstellt, dass das elektronische Patientendossier laufend aktualisiert und kompetent geführt wird (insbesondere im Hinblick auf die Aspekte des Datenschutzes und damit das Vertrauen der Versicherten, welche stets die letzte Kontrolle über ihr Dossier behalten sollen). Die BKS stellen die Kontinuität in der Begleitung der PatientInnen sicher und stärken die interprofessionelle Zusammenarbeit – wobei es auch nicht-ärztliche Leistungs-erbringern wie "Advanced Practice Nurses" möglich sein soll, weitergehende Aufgaben v.a. im Bereich der Koordination und Beratung zu übernehmen. Letzteres entspricht zudem den vom Bundesrat gemachten Vorschlägen zur Stärkung der Programme der Patientenversorgung, welche wir ansonsten sehr begrüssen.

Die pauschale Abgeltung der Leistungen der Erstberatung und der Koordination ist richtig, sie birgt aber auch ein Missbrauchspotenzial. Denn besteht ein ökonomischer Druck, Beratungsleistungen unter möglichst geringem Aufwand zu erledigen, so werden etwa multimorbide PatientInnen zum "unerwünschten Kostenrisiko" und die "Jagd nach guten Risiken" verschöbe sich entsprechend von den Versicherern zu den Leistungserbringern. Abhilfe könnte hier schaffen, dass besonders aufwändige, eindeutig notwendige und identifizierbare Beratungs- und Koordinationsaufgaben als Einzelleistungstarife verrechnet werden könnten. **Darüber hinaus lehnt es der SGB angesichts der eingangs erwähnten horrenden Belastung der Versicherten mit Kopfprämien und direkten Kostenbeteiligungen allerdings strikt ab, dass die neu zu schaffende Pauschale über Prämiengelder abgegolten wird** – wir fordern eindringlich eine Finanzierung über allgemeine Steuermittel.

Preismodelle und Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Zugang nach BGÖ

Grundsätzlich muss an dieser Stelle festgehalten werden: Das System der Preissetzung für Arzneimittel ist skandalös. Die grossen Pharmabetriebe verlangen zunehmend wahnwitzige Preise

für ihre patentgeschützten Medikamente, deren Entwicklung sich aber zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auf staatlich finanzierte Grundlagenforschung abstützt. Mit den Preisen wird auch die Patentierungspraxis immer aggressiver – so wollte etwa Novartis mit Kymriah eine als Medikament deklarierte medizinische Therapieform patentieren lassen, was nur dank eines NGO-Einspruchs (durch PublicEye) und dem darauffolgenden Widerruf des Europäischen Patentamts verhindert werden konnte. Dies war vorerst aber nur ein kleiner Lichtblick. Denn die internationalen Pharmakonzerne sind mittlerweile so gross und ihre Produkte sind so essenziell für die Bevölkerung, dass heute selbst europäische Länder vor ihrer (Verhandlungs-)Macht einknicken – einschliesslich der Schweiz, die sich als Standortland vieler grosser Pharmabetriebe noch zusätzlich in deren Geiselhaft befindet.

Sieht man von der völlig gerechtfertigten Forderung einer "Pharmaproduktion als Service public" ab, besteht also der kurzfristig wirksamste Ansatz für die Schaffung vernünftiger Arzneimittelpreise in international koordinierten Bemühungen für eine weltweit bessere Regulierung. Die Schweiz hat ein solches Engagement zwar nicht zu einem Schwerpunkt ihrer im letzten Jahr verabschiedeten "Gesundheitsaussenpolitik 2019-2024" gemacht, sie hat sich aber dennoch in den verschiedenen zuständigen UN-Organisationen für den diskriminierungsfreien Zugang zu Arzneimitteln und die internationale Veröffentlichung von Nettopreisen eingesetzt.

Dass gleichzeitig auf nationaler Ebene mittelfristig Wege gefunden werden müssen, wie neue Arzneimittel der Bevölkerung zugänglich gemacht werden können, ohne dabei die solidarische Grundversicherung mit immer exorbitanteren Beträgen zu belasten, ist klar. **Der SGB kann deshalb die gemachten Vorschläge zur gesetzlichen Festsetzung der in der Praxis bereits seit Längerem existierenden "Preismodelle" im Grundsatz unterstützen.** Dies allerdings nur, wenn sämtliche Rückerstattungen öffentlich einsehbar sind bzw. in der Spezialitätenliste vermerkt werden (im Wissen darum, dass gewisse Preismodelle so nicht umgesetzt werden können). **Der SGB lehnt daher die vorgeschlagene "Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten" ab (VE-KVG Art. 52c).** Wie auch der EDÖB bereits öffentlich anmerkte, steht die Verankerung einer solchen Geheimhaltungsklausel im völligen Widerspruch zum Öffentlichkeitsprinzip. Es würde damit ein äusserst problematischer Präzedenzfall der Kapitulation vor privatwirtschaftlichen Interessen geschaffen, und dies im Bereich einer Sozialversicherung – das kann der SGB nicht unterstützen.

Weitere Massnahmen

- **Differenzierte WZW-Prüfung und kostengünstige Vergütung:** Der SGB befürwortet die vorgeschlagene Rechtsgrundlage für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien bei Arzneimitteln, Laboranalysen, MiGel-Produkten etc. Die Schaffung einer Rechtsgrundlage für WZW-Prüfungen, die sich in ihrer Häufigkeit, Methodik und Tiefe unterscheiden, ist richtig. Es ist beispielsweise für Arzneimittel absolut nachvollziehbar, dass die Prüfung bei einer Neuaufnahme viel umfassender sein muss, als die periodischen Überprüfungen in den Jahren danach. Der Bundesrat erhielte zudem neu explizit die Kompetenz zur Festlegung von Preisbildungsgrundsätzen, die sich an einer möglichst kostengünstigen Vergütung orientieren. Auch das ist zu befürworten, aber gleichzeitig erwarten wir, dass diese Kompetenz vom Bundesrat auch konsequent wahrgenommen wird. Die dazu im erläuternden Bericht gemachten Ausführungen, wie etwa die folgende, legen dies nicht in jedem Fall nahe: *"So ist denkbar, dass in gewissen Fällen nur noch die Berücksichtigung des Auslandpreisvergleiches oder des therapeutischen Quervergleiches [...] zur Anwendung gelangen."* Analog der im Expertenbericht vorgeschlagenen Massnahme zur "Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips" erwarten wir,

dass zur Preisbildung von Arzneimitteln grundsätzlich immer nur das günstigere Ergebnis von Auslandpreisvergleich und therapeutischem Quervergleich herangezogen wird. Abschliessend sei bemerkt, dass die vorbeschlagenen Bestimmungen auch für die Preissetzung der Produkte der Mittel- und Gegenständeliste sehr nützlich sind – dies ganz im Gegensatz zu den ineffizienten, bürokratischen und letztlich kontraproduktiven Massnahmen der sich zurzeit in parlamentarischer Behandlung befindenden Pa.Iv. Humbel 16.419 "Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten".

- **Referenztarife für die schweizweite Spitalwahl:** Wie der erläuternde Bericht festhält, sind die Kantone bereits heute dazu verpflichtet, bei ausserkantonalen Behandlungen den entsprechenden Tarif eines ihrer Listenspitäler als Referenztarif festzulegen. Weil aber die genauen Modalitäten hierzu gesetzlich nicht festgelegt sind, setzen einige Kantone seit Jahren bewusst viel zu tiefe Referenztarife an, um ausserkantonale Behandlungen de facto zu verhindern. Diese Motivation ist grundsätzlich verständlich, sie kann aber allenfalls erst dann akzeptiert werden, wenn sich die Kantone grenzübergreifend zu homogenen Spitalversorgungsregionen (inkl. Universitätsspital) zusammengeschlossen haben (was sehr zu befürworten wäre). Im heutigen System können jedoch protektionistisch tief angesetzte Referenztarife nicht akzeptiert werden.

- **Elektronische Rechnungsübermittlung:** Als weitere Massnahme zur nötigen Stärkung der Rechnungskontrolle begrüsst der SGB die gesetzliche Einführung einer für alle Leistungserbringer verpflichtenden Rechnungsübermittlung in elektronischer Form. Wichtig ist, dass für die Versicherten die Möglichkeit des kostenfreien Erhalts der Rechnung in Papierform gewährleistet bleibt bzw. wird (wie in VE-KVG Art. 42 vorgesehen).

- **Kostenbeteiligung Mutterschaft:** Der SGB begrüsst grundsätzlich, dass der Bundesrat im Rahmen dieser Revision auch gesetzliche Klarheit zur Finanzierung KVG-pflichtiger Leistungen während der Schwangerschaft schaffen will. Mit der vorgeschlagenen Bestimmung würde rechtlich endlich unmissverständlich festgelegt, dass auch Leistungen im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen, Unfällen sowie mit dem straflosen Abbruch der Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind. Dies hat das BAG bereits anfangs 2018 in einem Informationsschreiben an die Versicherer klargemacht, welche jedoch teilweise dieser Auffassung unverständlicherweise nicht gefolgt sind. **Darüber hinaus fordern wir den Bundesrat aber dazu auf, auch die – im Vorentwurf belassene – enge Limitierung der Befreiung von der Kostenbeteiligung erst ab der 13. Schwangerschaftswoche zu streichen.** Diese Definition ist sehr problematisch, denn sie bewirkt, dass Schwangere vor der 13. Schwangerschaftswoche selbst für Leistungen im Zusammenhang mit direkt schwangerschaftsbedingten Komplikationen wie Blutungen oder (drohende) Fehlgeburten aufkommen müssen. Diese finanzielle Ungleichbehandlung derselben Ereignisse vor und nach der 13. Schwangerschaftswoche ist weder logisch begründbar noch medizinisch vertretbar. Dies etwa auch vor dem Hintergrund, dass jede fünfte Schwangerschaft in einer frühen Fehlgeburt endet. Der SGB unterstützt daher den Schweizerischen Hebammenverband in seiner Forderung nach einer Streichung der in Art. 64 Abs. 7 Bst. b definierten zeitlichen Limitierung und verweist des Weiteren auf dessen ausführliche Stellungnahme zu dieser Thematik.

Wir danken herzlich für die Zusammenarbeit und hoffen auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND

Pierre-Yves Maillard
Präsident

Reto Wyss
Zentralsekretär

Dachorganisation der Schweizer KMU
Organisation faîtière des PME suisses
Organizzazione mantello delle PMI svizzere
Umbrella organization of Swiss SME

Bundesamt für Gesundheit
3000 Bern

Per Mail an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 20. November 2020 sgv-Gf/dm

Vernehmlassungsantwort:
Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat uns Bundesrat Alain Berset eingeladen, zur randvermerkten KVG-Revision Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen und Bemerkungen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 230 Verbände und gegen 500'000 Unternehmen, was einem Anteil von 99.8 Prozent aller Unternehmen in unserem Land entspricht. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Grundsätzliche Bemerkungen

Mit dem zweiten Kostendämpfungspaket will der Bundesrat die Kostenentwicklung in der obligatorischen Grundversicherung OKP dämpfen und gleichzeitig der Kostenbremse-Initiative einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberstellen.

Der ersten Zielsetzung kann sich der sgv vom Grundsatz her anschliessen. Die steigenden Gesundheitskosten - und als Folge daraus auch die steigenden Krankenkassenprämien - bereiten auch den KMU zusehends grössere Probleme. Kommt hinzu, dass zur Finanzierung unseres Gesundheitswesens immer mehr Ressourcen beansprucht werden, die dann in anderen Wirtschaftsbereichen fehlen. Leider lässt der Revisionsentwurf Ansätze zu einer dringend notwendigen Priorisierung im Gesundheitswesen – bspw. die grundlegende Fragestellung, in welchem Gesundheitsbereich wie viel Mittel investiert werden sollen – vermissen. Sparmassnahmen müssen besonders auf kostenintensive Bereiche mit Überversorgung fokussieren.

Seitens des sgv sind wir der Ansicht, dass es nicht notwendig ist, der Kostenbremse-Initiative einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Die Forderungen dieser Volksinitiative sind derart

undifferenziert und realitätsfremd, dass diese unserer Einschätzung nach auch ohne Gegenvorschlag an der Urne scheitern wird.

Das Gros der vorgeschlagenen Massnahmen stösst bei unseren Mitgliedorganisationen auf eine recht deutliche Ablehnung. Insbesondere die Massnahmen M01 (Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP), M27 (Erstberatungsstelle) und M29 (differenzierte WZW-Prüfung) werden vom sgv dezidiert zurückgewiesen. Da es sich hierbei um die wichtigsten Massnahmen des Gesamtpakets handelt, wird der Bundesrat kaum darum herumkommen, das Gesamtpaket grundlegend zu überarbeiten, neu zu schnüren und nochmals in eine Vernehmlassung zu schicken.

Bei der Neuauflage eines zweiten Kostendämpfungspakets wird es aus Sicht des sgv unumgänglich sein, endlich auch die Massnahme M36 (Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone) anzupacken und umzusetzen. Die Mehrfachtrolle der Kantone im Bereich der stationären Versorgung hat immer gravierendere negative Auswirkungen. Es kann daher nicht angehen, dass diese "heisse Kartoffel" aus Furcht vor Widerständen aus den Reihen der Kantone weiter vor sich hergeschoben wird.

Wichtig ist uns auch, dass bei der Diskussion um Kosten immer auch an nicht OKP-pflichtige Bereiche aus dem Gesundheitswesen gedacht wird, die nachweislich Kosten im Bereich der OKP verhindern. Wir denken da insbesondere die Möglichkeiten der Apotheken und Drogerien im Bereich der Selbstmedikation. Diese sind im Rahmen der letzten HMG-Revision klar erweitert worden. Konsequenterweise muss deren Potenzial zur Vermeidung von Kosten aber nach unserem Dafürhalten im KVG deutlich besser berücksichtigt und und die Kompetenzen der erwähnten Berufe stärker eingebunden werden. Auch hier erwarten wir konkrete Vorschläge des Bundesrats.

Zu den einzelnen Massnahmen des zweiten bundesrätlichen Kostendämpfungspakets nimmt der sgv wie folgt Stellung:

Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP (M01)

Aus Sicht des sgv handelt es sich bei der hier vorgeschlagenen Massnahme um ein rein planwirtschaftliches Instrument, das im schweizerischen Gesundheitswesen nichts zu suchen hat und das wir dezidiert zurückweisen. Der administrative Aufwand, der betrieben werden müsste, stufen wir als sehr hoch ein, was für sich alleine schon gegen die Steuerung des schweizerischen Gesundheitswesens über verbindliche Kostenziele spricht. Konsequent umgesetzt würde die vorgeschlagene Massnahme zu einer Rationierung und zu einer ausgeprägten Zweiklassenmedizin führen. Die Regulierungsdichte und damit die Regulierungsfolgekosten nähmen nochmals erheblich zu. Wir befürchten auch, dass es zu einem unwürdigen, belastenden Gegeneinanderausspielen der verschiedenen Kostenblöcke und Leistungserbringerbereiche käme. Es ist auch zu befürchten, dass die bei Kostenüberschreitungen zu treffenden Korrekturmassnahmen die falschen Leistungserbringer treffen könnte und dass speziell die bestraft würden, die sich vorher kostenbewusst verhalten haben und bei denen es demzufolge kaum mehr Luft für Einsparungen mehr gibt. Verbindliche Kostenziele in der vorgeschlagenen Form erachten wir auch als innovationshemmend. Zu befürchten wären auch Qualitätseinbussen. Festzuhalten gilt es schliesslich auch, dass die bisher in der Schweiz (Genf, Waadt und Tessin) und im Ausland mit Kostendächern gemachten Erfahrungen mehrheitlich negativ waren und klar dagegen sprechen, dieses Instrumentarium auf das gesamte schweizerische Gesundheitswesen anzuwenden.

Unser klares Nein zur vorgeschlagenen Massnahme heisst nicht, dass wir uns kategorisch gegen Kostenziele aussprechen. Kostenzielen können wir dann zustimmen, wenn diese auf freiwilliger Basis unter den Tarifpartnern vereinbart werden.

Erstberatungsstelle (M27)

Für viele Versicherte und in vielen Fällen ist der Einsatz einer Erstberatungsstelle sicher zweckmässig und sinnvoll. Zentral wichtig ist uns aber, dass die Erstberatungsstelle auf ausdrücklichen Wunsch des

Versicherten - den er mit der Wahl einen entsprechenden alternativen Versicherungsmodells AVM zum Ausdruck bringt - zum Einsatz gelangt. Eine zwingend für alle Versicherten vorgeschriebene Erstberatungsstelle lehnen wir dagegen dezidiert ab. Die freie Arztwahl ist für einen gewissen Teil der Versicherten nach wie vor wichtig und diese könnte mit dem staatlich vorgegebenen Zwang, immer erst eine Erstberatungsstelle zu kontaktieren, nicht mehr gewährleistet werden. Wir sind der festen Überzeugung, dass die Schweizer Stimmberechtigten nicht bereit sind, die freie Arztwahl einfach so preis zu geben und erlauben uns zur Untermalung dieser These an die Abstimmungsvorlage vom 17. Juni 2012 zu erinnern, als sich 76 Prozent der Stimmberechtigten gegen die so genannte Managend Care Vorlage ausgesprochen haben.

Wie den Unterlagen zu entnehmen ist, haben sich bisher rund siebzig Prozent der Versicherten freiwillig für ein alternatives Versicherungsmodell entschieden, das meistens eine Erstberatungsstelle beinhaltet. Gemäss Faktenblatt kommen diese Versicherten in den Genuss einer durchschnittlichen risikobasierten Kosteneinsparung von 14 Prozent. Führt man eine obligatorische Erstberatungsstelle für alle Versicherten ein, entzieht man sehr vielen alternativen Versicherungsmodellen ihre Daseinsberechtigung und den Versicherten damit auch ihren Prämienrabatt. Wir befürchten, dass insbesondere jene Versicherten, die sich heute kostenbewusst verhalten, per Saldo Prämiensteigerungen hinzunehmen hätten, was wir klar ablehnen. Mit einer staatlich diktierten Einheitslösung würde man wohl auch jede Innovation bei den Alternativen Versicherungsmodellen zum Erlahmen bringen, was letztendlich Mehrkosten zur Folge hätte. Klar abzulehnen ist auch die Absicht, die Dienste der Erstberatungsstelle mittels einer undifferenzierten Pauschale entschädigen zu lassen.

Statt die Erstberatung zwingend staatlich vorzuschreiben, plädieren wir dafür, zusätzliche Anreize zu setzen, damit die Versicherer eine noch breitere Palette an alternativen Versicherungsmodellen erarbeiten und anbieten und mit noch mehr Leistungserbringern zusammenarbeiten.

Netzwerke zur koordinierten Versorgung (M10)

Wir erachten diese Massnahme grundsätzlich als prüfenswert, da auch wir der Meinung sind, dass sich mit einer koordinierten Versorgung gerade bei chronisch kranken oder multimorbiden Patienten eine qualitativ bessere und kostengünstigere Versorgung erzielen lässt. Nach unserem Dafürhalten wird aber zu detailliert reguliert. Wir plädieren dafür, dass auf Gesetzesstufe bloss festgehalten wird, dass interprofessionelle Netzwerke zur koordinierten Versorgung unter gewissen Bedingungen und Auflagen zugelassen werden und dass deren Leistungen grundsätzlich durch die Versicherer zu entschädigen sind. Alle weiteren Details sollen die Vertragspartner regeln. Wir sprechen uns auch dagegen aus, dass die Netzwerke zwingend durch einen Arzt zu leiten sind. Wichtig ist uns dagegen, dass klare Anreize zur Verbesserung der Qualität und der Qualitätssicherung gesetzt werden.

Programme zur Patientenversorgung (M10)

Auch diese Massnahme erachten wir grundsätzlich als prüfenswert, da auch wir der Meinung sind, dass es mit strukturierten Programmen der Patientenversorgung möglich sein sollte, Qualitäts- und Kostenvorteile zu erzielen. Wir sprechen uns allerdings dagegen aus, dass derartige strukturierte Programme zwingend ärztlich geleitet werden müssen. Hier muss der Fächer breiter geöffnet werden, insbesondere in Richtung Apothekerinnen und Apotheker.

Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung (M29)

Seitens sgv lehnen wir die vorgeschlagene Massnahme klar ab. Mit der vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen erhielte die Exekutive in einem wichtigen Bereich des KVG die Kompetenz, entscheidende Fragestellungen inskünftig auf dem Verordnungsweg zu regeln. Die WZW-Prüfungen sind ein wesentliches Instrument zur Kostensteuerung. Eine derartige "Machtverschiebung" vom Parlament weg zur Verwaltung erachten wir als nicht opportun und nicht zielführend. Seitens des sgv sind wir vielmehr der

Meinung, dass es gerade im Bereich der Medikamentenpreisfestsetzung die wichtigsten Systemanpassungen auf Stufe Parlament zu beschliessen gilt.

Preismodelle und Rückerstattungen

Seitens des sgv begrüssen wir das System der Preismodelle mitsamt den dazugehörenden Rückerstattungen. Da die Schweiz ein wichtiges Referenzland für die Preise in bedeutenden Pharmamärkten ist, ist es wichtig, dass mit den Preismodellen ein System gefunden werden konnte, dass es ermöglicht, dass innovative Arzneimittel im vergleichsweise kleinen Markt Schweiz angeboten werden können, ohne dass sich die Produzenten dadurch Nachteile bei der Preisfestsetzung in grösseren und wichtigeren Märkten einhandeln.

Nach unserem Dafürhalten hat sich das System mit den Preismodellen etabliert und es scheint gut zu funktionieren. Für uns ist daher nicht einsichtig, weshalb es zusätzliche gesetzliche Verankerungen brauchen soll. Sollte eine nochmalige Überprüfung der Rechtslage ergeben, dass Art. 52b KVG tatsächlich unerlässlich ist, stimmen wir vom Grundsatz her zu.

In diesem Zusammenhang schliessen wir uns der Forderung der Pharmaindustrie an, innovative Medikamente inskünftig schneller zugänglich zu machen. Idealerweise sollten Medikamente ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic den Patienten zugänglich gemacht werden. Hierzu gilt es umgehend die notwendigen Vorkehrungen zu treffen.

Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen

Wir haben Verständnis dafür, dass das System der Preismodelle nur dann funktionieren kann, wenn eine gewisse Vertraulichkeit gewährleistet ist. Trotzdem erachten wir es als unbefriedigend, wenn der Zugang nach BGÖ grundsätzlich versperrt werden soll. Wir können dieser Massnahme nur dann zustimmen, wenn - wie dies im erläuternden Bericht in Aussicht gestellt wird - die Transparenz zu den Preisfestsetzungsmechanismen anderweitig sichergestellt wird.

Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Mit der Zielsetzung der vorgeschlagenen Massnahme sind wir einverstanden. Dennoch lehnen wir die vorgeschlagene Gesetzesanpassung ab. Wir sind dezidiert der Meinung, dass es prioritär Massnahme M36 (Reduktion der Governance-Konflikte der Kantone) sowie die EFAS-Vorlage umzusetzen gilt. Erst dann ist mit einer griffigeren Bestimmung sicherzustellen, dass faire Tarife zur Anwendung gelangen.

Elektronische Rechnungsübermittlung (EDI)

Wir stimmen der vorgeschlagenen Massnahme zu, wenngleich die elektronische Rechnungsstellung bereits seit vielen Jahren auf breiter Front problemlos angewendet wird.

Massnahmen in der Invalidenversicherung

Den vorgeschlagenen Massnahmen können wir zustimmen.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv

Hans-Ulrich Bigler
Direktor

Kurt Gfeller
Vizedirektor

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana

Abréviation de la société / de l'organisation : ACSI

Adresse : Strada di Pregassona 33, 6963 Pregassona

Personne de référence : Laura Regazzoni Meli – segretaria generale

Téléphone : 091 922 97 55

Courriel : l.regazzoni@acsi.ch

Date : 19.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **6**

Autres propositions ____ **14**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.	Depuis l'instauration de la loi sur l'assurance maladie (LAMAL) en 1996, les primes des assurés n'ont cessé d'augmenter, passant du simple à plus qu'au double en l'espace de 25 ans (140 % d'augmentation environ). L'indice des primes de l'assurance maladie (IPAM), permettant de connaître le poids que représentent les primes AOS dans un ménage, ne cesse d'augmenter. Dès lors que le montant des primes est indexé sur les coûts de la santé, l'ACSI estime qu'une action concertée pour maitriser la hausse des coûts est justifiée. Nous avons déjà eu l'occasion, lorsque nous nous sommes exprimés sur le premier paquet, d'avancer cet argument. Toutefois, nous remarquons que le volontarisme (mesuré mais remarquable) du premier paquet a quelque peu perdu de sa vigueur lorsque le Parlement s'en est emparé : le prix de référence pour les médicaments génériques a été abandonné par le Conseil national et l'instauration d'un principe d'adaptation des tarifs médicaux ou de tarifs digressifs passé un certain seuil dans le volume des prestations a subi le même sort. Tout laisse penser que les économies seront moindres que celles espérées à la lecture du rapport d'experts dont le premier et le second paquet de mesures sont issus. Plus spécifiquement encore, le refus par le Parlement d'un tarif dégressif mine déjà à ce stade les mesures préconisées dans ce deuxième paquet, qui est un contre-projet indirect proposé en alternative à l'initiative du PDC pour maîtriser les coûts de la santé. Malgré tout, comme pour le premier paquet, l'ACSI estime que la plupart des mesures vont dans le bon sens, mais leur complexité effrayante et, parfois, le fait qu'elles ratissent trop large leur font perdre en efficacité. Il est à craindre qu'au final ces caractéristiques diminuent leur chance de succès devant le Parlement ou devant le peuple en cas de référendum. Par ailleurs, l'ACSI s'oppose avec force à la proposition no 6 visant à créer un régime d'exception à la loi sur la transparence. Elle concerne l'accès aux documents relatifs au calcul des prix des médicaments et des restitutions aux assureurs (ou à l'institution commune) découlant des rabais négociés avec les fabricants. Une telle mesure consiste à signer un blanc-seing à l'industrie pharmaceutique dont la marge de manœuvre est déjà énorme, favorisant un climat déjà très opaque en matière de prix et de tarification. Si une telle mesure peut amener à court terme une baisse des prix, elle créerait un précédent qui risque de toucher à plus long terme d'autres branches de l'économie au détriment des consommateurs et de l'information qui leur est fournie. Enfin, l'ACSI remarque et déplore le fait que le Conseil fédéral continue à ne pas miser sur la prévention pour tenter d'agir sur les coûts. Il serait pourtant nécessaire de compléter des mesures tendanciellement réactives avec un renforcement de l'arsenal (déjà très faible en Suisse) des outils de prévention et de promotion de la santé. Aujourd'hui déjà, un quart de la population suisse souffre d'une maladie non transmissible (MNT), une proportion qui augmente avec l'âge ; or 80% des coûts de santé sont causés par les maladies non transmissibles. Le Conseil fédéral a déclaré pourtant vouloir renforcer la prévention des maladies non transmissibles conformément à sa stratégie "Santé 2030". De même, dans le plan législatif 2019-2023, le Parlement et le Conseil fédéral se sont fixés comme objectif une prévention efficace, en plus du maintien de soins de qualité et financièrement viables. Il est donc d'autant plus incompréhensible que tout comme le premier paquet de réduction des coûts, le présent paquet ne comporte aucune mesure correspondante.

	Afin de réduire les coûts des soins de santé, il convient de promouvoir la compétence des citoyens suisses en matière de santé. L'accès à des informations valides et complètes permettant aux citoyens/assurés/patients de prendre de bonnes décisions concernant leur santé doit être garanti. À l'heure actuelle, selon les études réalisées sur mandat de l'OFSP, seule une personne sur dix en Suisse a une excellente compétence en santé et dans un peu plus d'un tiers de la population, elle est suffisante ; mais environ 45 % ont un niveau de compétence problématique et 9 % ont une compétence insuffisante en matière de santé. Selon ces études, les coûts d'une compétence sanitaire limitée représentent 3 à 5 % des coûts de santé. Pour la Suisse, cela correspond à 2,5 à 4 milliards de francs par an. Les associations des consommateurs et des patients travaillent sur ce front mais pour une meilleure efficacité il serait nécessaire de disposer de plus de ressources. Aujourd'hui un des principaux acteurs et payeurs du système de santé - les patients-consommateurs - sont dans une position d'observateurs, souvent sans aucune influence directe. Pour que les patients-consommateurs soient mieux informées et puissent assumer un rôle actif pour leur santé et, indirectement, pour un meilleur contrôle des coûts, un soutien financier aux organisations qui les représentent est fondamental.
Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.	
Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.	
Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.	
Errore. L'origine	

riferimento non è stata trovata.	
Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.	
Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
ACSI	18	2septies		Soutien à la proposition du Conseil fédéral	
ACSI	21			L'ACSI soutient la proposition du Conseil fédéral, à condition que les cautèles actuellement prévues en termes de protection des données des assuré-e-s soient maintenues dans le projet de loi. L'ACSI appelle également l'OFSP à collaborer avec le préposé fédéral à la protection des données pour le traitement des données, afin de maintenir le risque d'identification d'un-e assuré-e le plus bas possible.	
ACSI	25	2	h, i	L'ACSI salue la promotion des programmes de prise en charge coordonnée et interprofessionnelle des patient-e-s. Nous proposons toutefois de modifier quelque peu la terminologie utilisée, pour retenir le terme de « surveillance » et non de « direction », car ces programmes ont généralement une direction administrative, et non médicale, et que cette terminologie laisse davantage de marge de manœuvre aux différents programmes tout en garantissant la sécurité des patient-e-s.	Art. 25, al. 2, lit. i : Les prestations fournies dans le cadre de programmes structurés nationaux ou cantonaux et placés sous la surveillance d'un médecin.
ACSI	32	3		Un examen différencié des critères EAE en fonction du type de prestations et de leur cycle de vie est tout à fait pertinent. L'ACSI soutient, sur cette base et une fois la base légale de l'art. 32, al. 3 créée, un examen annuel des prix, de l'efficacité et de l'adéquation des médicaments remboursés. En outre, l'évaluation de l'utilité doit devenir une condition pour l'autorisation définitive. Quant aux médicaments ou aux	

				indications autorisés de manière provisoire (conditional approval), les données relatives à l'utilité doivent être livrées de manière subséquente, notamment sur la base des données figurant dans certains registres comme le registre suisse du cancer.	
ACSI	33	3bis		Pour permettre une mise en œuvre efficiente et garantir la qualité des prestations fournies par ces programmes, il est essentiel que les prestations non médicales, à savoir les prestations fournies p.ex. par le personnel soignant ou par les pharmacien-ne-s ainsi que les prestations de coordination et de conseil, soient également remboursées. Cela correspond également à la volonté du Parlement qui a adopté la motion 18.3387 « LAMal. Permettre des programmes judicieux de gestion des patients ». En outre, il est nécessaire que les prestations fournies à ce titre par des organisations comme des ligues de santé ou des associations de patients puissent également être remboursées. Cet élargissement du remboursement des prestations de coordination et de conseil aux professions non médicales et à certaines autres organisations est d'autant plus pertinent que la pénurie de médecins généralistes s'accroît dans la plupart des régions du pays.	Les prestations fournies dans le cadre de programmes structurés nationaux ou cantonaux et placés sous la surveillance d'un médecin selon l'art. 25, al. 2, lit. i.
ACSI	35	2	o	Soutien à la proposition du Conseil fédéral	
ACSI	36b	1-3		L'ACSI salue la promotion des réseaux de soins coordonnés. Ces structures sont particulièrement adaptées pour répondre aux besoins des patient-e-s chroniques et/ou multimorbides. L'ACSI exige de compléter les conditions d'admission des réseaux (al. 3) de manière à garantir la participation des patient-e-s d'une part et à exclure tout réseau contrôlé directement ou indirectement par une assurance-maladie ou une organisation à but exclusivement lucratif. L'ACSI demande en outre d'élargir, dans le cadre de l'OAMal,	3 Les conditions d'admission portent sur : h. l'indépendance des réseaux de soins à l'égard des assureurs et des organisations investissant à des fins exclusivement lucratives ; i. la participation des patient-e-s et des organisations les représentant au sein des structures du réseau.

				l'approche purement médicale qui a prévalu jusqu'alors pour le développement des réseaux de soins. Il est nécessaire de considérer, dans ces réseaux, l'ensemble des facteurs ayant une influence sur l'état de santé des patient-e-s, à savoir des facteurs sociaux, familiaux, psychiques, alimentaires, etc., afin d'offrir une approche globale et coordonnée de la santé. De même, les réseaux de soins ne doivent pas être exclusivement concentrés sur la prise en charge de patient-e-s malades, mais également tenir compte de la prévention et de la promotion de la santé.	
ACSI	40a-d			L'ACSI soutient, sur le principe, l'introduction de premiers points de contact. En effet, l'ACSI est persuadée qu'il peut s'agir d'une mesure pertinente pour renforcer la coordination et la qualité des prestations de santé d'une part et les compétences des patient-e-s d'autre part, dans la mesure où elle permet aux patient-e-s d'avoir à leurs côtés une personne de confiance qui comprend et connait leurs besoins et leurs craintes éventuelles. L'ACSI salue en particulier la possibilité de prévoir un réseau de soins coordonnés comme premier point de contact et les compétences renforcées des cantons en matière ambulatoire. L'ACSI est contraire à toute mesure prévoyant un rôle accru des assureurs dans la définition des premiers points de contact. En revanche, l'ACSI demande d'accompagner cette mesure de diverses cautèles : - Premièrement, il est nécessaire de prévoir un large programme de formation de nouveaux médecins généralistes et de formation continue pour les médecins actuellement admis à pratiquer : i) Le manque important de médecins généralistes et de médecins de premier recours ne permet pas d'assurer le fonctionnement du système présenté ici par le Conseil fédéral. En effet, il est nécessaire d'avoir un nombre suffisant de médecins pour permettre aux	*Art. 40a Premier point de contact* [3] Peut assumer le rôle de premier point de contact : … d. un médecin disposant d'un autre titre postgrade que ceux mentionnés à la lettre a, dans la mesure où ses compétences médicales sont indiquées pour assumer le rôle de premier point de contact compte tenu de l'état de santé de l'assuré. *Art. 40b Principe applicable à la prise en charge des coûts* [1] L'assurance obligatoire des soins ne prend en principe à charge […] que si les prestations sont fournies […]. [1bis] En cas de manquement de l'assuré à ses obligations, celui-ci est d'abord sanctionné par un avertissement. Le Conseil fédéral prévoit les modalités des sanctions permettant de tenir compte de manquements répétés de l'assuré et allant jusqu'au non-remboursement total des prestations reçues.

				assuré-e-s qui ne sont pas déjà intégré-e-s dans un modèle « médecin de famille » ou « HMO » de trouver un médecin à proximité de leur domicile et d'y avoir accès dans des délais raisonnables. À ce sujet, il est à craindre que le manque croissant de généralistes et de pédiatres conduise à des retards importants de prise en charge selon le système présenté ici. ii) Une partie importante des médecins actuellement admis à pratiquer ne disposent pas des compétences nécessaires pour assurer les fonctions de « gatekeeper », de conseil, de coordination et d'orientation nécessaires au fonctionnement d'un tel système. Il serait donc nécessaire de mettre en place des formations continues pour assurer une qualité optimale du système de prise en charge. - Deuxièmement, s'il est important de prévoir une rémunération des prestations fournies à ce titre par les prestataires assurant le premier point de contact, le modèle forfaitaire prévu par le présent projet pourrait conduire à une sélection des risques dans la mesure où il pourrait être plus intéressant pour certains prestataires de choisir les patient-e-s générant des coûts inférieurs à ceux du forfait et à délaisser les autres. L'ACSI demande donc au Conseil fédéral de prévoir une rémunération différenciée en fonction de l'état de santé des patient-e-s afin d'éviter toute sélection des risques, tout en assurant l'attractivité de ce rôle pour les prestataires intéressés et compétents. - Troisièmement, il est inacceptable de prévoir des sanctions faisant porter l'entier de la charge du traitement par l'assuré-e en cas de non-respect. L'ACSI considère de telles sanctions comme iniques et particulièrement dangereuses pour les assuré-e-s. Le Conseil fédéral doit	*Art. 40c Rémunération du premier point de contact* [3] Le Conseil fédéral fixe le montant des différents forfaits après consultation des partenaires tarifaires et des associations de patients et d'assurés. Le montant des différents forfaits annuels tiennent compte de la quantité de prestations nécessaires en fonction de l'état de santé de l'assuré.

				prévoir une gradation des sanctions en cas de manquement. - Quatrièmement, l'ACSI propose également d'offrir la possibilité à certains types de patient-e-s (p.ex. patient-e-s diabétiques, malades du cancer, …) de choisir un spécialiste comme premier point de contact et de bénéficier de davantage de souplesse dans le recours au premier point de contact. - Cinquièmement, l'ACSI exige que les assuré-e-s qui ne disposent pas actuellement d'un modèle « médecin de famille » ou « HMO » et qui se verront en quelque sorte reversés dans le modèle prévu par le projet de loi bénéficient de rabais de primes similaires à ceux prévus pour les modèles mentionnés précédemment.	
ACSI	41			Soutien à la proposition du Conseil fédéral	
ACSI	41a	4		Il est inacceptable de prévoir des sanctions faisant porter l'entier de la charge du traitement par l'assuré-e en cas de non-respect. L'ACSI considère de telles sanctions comme iniques et particulièrement dangereuses pour les assuré-e-s. Le Conseil fédéral doit prévoir une gradation des sanctions en cas de manquement.	En cas de manquement de l'assuré à ses obligations, celui-ci est d'abord sanctionné par un avertissement. Le Conseil fédéral prévoit les modalités des sanctions permettant de tenir compte de manquements répétés de l'assuré et allant jusqu'au non-remboursement total des prestations reçues. L'assureur donne la garantie de prise en charge si les fournisseurs de prestations qu'il a désignés ne prodiguent pas la prestation en question.
ACSI	42	3ter		L'ACSI soutient sur le principe la proposition du Conseil fédéral. Elle souligne que celle-ci ne fait sens que si les assuré-e-s peuvent bénéficier d'un soutien pour déchiffrer les factures souvent incompréhensibles, au sens de l'art. 59a bis actuellement discuté au Parlement fédéral dans le cadre du	

				premier paquet de mesures. En outre, l'assuré doit pouvoir demander de recevoir gratuitement une facture papier, sans que l'assureur ou le fournisseur de prestation puisse déroger à ce principe dans le cadre de conditions générales p.ex.	
ACSI	52b			L'ACSI salue en principe la création d'une base légale pour les modèles de prix et le remboursement des médicaments, car cela renforce la sécurité juridique pour les patient-e-s et diminue les risques d'inégalités de traitement. L'ACSI appelle à une certaine prudence lors de la définition des conditions de la restitution ainsi que des règles de calcul et des modalités de la restitution. L'ACSI souhaite que soit exclu tout modèle limitant le nombre de traitements remboursés par année. L'ACSI souligne également que l'utilité du traitement ou son résultat ne peut pas, dans de nombreux cas, être directement évaluée après le traitement et requiert une évaluation à long terme.	
ACSI	52c			L'ACSI refuse catégoriquement l'instauration d'un régime d'exception à la loi sur la transparence. Alors que les groupes pharmaceutiques jouissent déjà de toute la latitude pour fixer des tarifs élevés sans avoir à fournir des données détaillées, notamment au sujet des investissement consentis pour le développement d'un produit, cette mesure vise à agrandir leur marge aux dépens d'un acquis démocratique. Une telle mesure risque de créer un dangereux précédent susceptible de réduire le droit à la transparence dans d'autres domaines que la santé.	
ACSI	54			Sur le principe, l'ACSI soutient l'introduction d'objectifs en matière de coûts. Ils peuvent être un moyen de gérer le système de santé et de contrôler la hausse de ses coûts. L'ACSI soutient également le fait que les objectifs soient fixés par le Conseil	

				fédéral et non par les partenaires tarifaires, dont les querelles et autres blocus ont déjà largement prétérité le système de santé suisse ces dernières années. L'ACSI voit aussi d'un bon œil le fait que le Conseil fédéral oppose à l'initiative PDC une solution souple permettant de ne pas limiter les prestations fournies pour l'année en cours. Dans ce sens, il est essentiel pour l'ACSI que le système choisi permette de garantir en tout temps l'accès aux prestations ainsi que la sécurité des patient-e-s. En revanche, le système proposé semble très lourd d'un point de vue administratif et l'ACSI regrette que le Conseil fédéral n'ait pas procédé à une analyse d'impact de la réglementation avant de présenter ce projet de révision. L'ACSI encourage le Conseil fédéra à travailler dans cette direction mais à simplifier encore le système retenu. L'un des avantages du système retenu par le Conseil fédéral est la grande transparence qui en découle. L'ACSI invite donc le Conseil fédéral à préserver cette dernière, notamment de manière à garantir la transparence quant aux coûts générés par les médecins d'une même spécialité dans un même canton.	
ACSI	54	3		Cet alinéa, en particulier sa litera b, représente une condition sine qua non au soutien de l'ACSI au présent article.	
ACSI	54	4		Idem.	
ACSI	54b	3		Les organisations de consommateurs, de patients et d'assurés doivent également être consultées par les cantons.	3 Ils consultent les fournisseurs de prestations, les assureurs ainsi que les organisations d'assurés et de patients […].
ACSI	54d			L'ACSI affiche une préférence pour la variante potestative.	
ACSI	54e	3		L'ACSI n'est pas certaine qu'il soit nécessaire d'instaurer une	3 […]. Il veille à une représentation appropriée des

				telle commission, car cela rend le système relativement lourd. En revanche, si une telle commission devait être créée, il est essentiel que les organisations représentant les patients/consommateurs/assurés participent également à une telle commission, comme c'est le cas pour la Commission fédérale pour la qualité, et que les représentants des consommateurs/assurés et des patients disposent ensemble d'au moins 4 sièges au sein de cette commission.	cantons, des fournisseurs de prestations, des assureurs, des patients, des assurés et des spécialistes.
ACSI	64			Soutien à la proposition du Conseil fédéral	
ACSI	14 LAI			L'ACSI salue l'approche coordonnée entre la LAI et la LAMal en matière de rembourser des médicaments. À cet égard, il est important néanmoins de préserver le caractère distinct de l'invalidité et de la maladie comme situations de vie distinctes. L'ACSI appelle le Conseil fédéral à mettre en œuvre les promesses faites durant la révision de l'AI concernant le remboursement de traitements off-label pour les enfants souffrant du cancer ou de maladies rares.	
ACSI	47b LAI			L'ACSI soutient cette modification légale et renvoie aux commentaires faits pour l'art. 42, al. 3ter LAMal.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**
ACSI		L'ACSI regrette que le Conseil fédéral n'ait pas davantage misé sur le potentiel de la prévention et de la promotion de la santé pour maîtriser la hausse des coûts de la santé. Conformément au mandat législatif de l'art. 118, al. 2, lit. b Cst, elle demande au Conseil fédéral d'intégrer au projet de révision les éléments principaux du projet de loi sur la prévention et la promotion de la santé (FF 2009 6389), à savoir : - L'introduction d'instruments globaux de pilotage et de coordination de la prévention et de la promotion de la santé ; - La clarification de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons ; - L'inscription dans la loi de mesures assurant la qualité et encourageant l'efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce ; - Les conditions d'utilisation du supplément de prime LAMal et de la taxe pour la prévention du tabagisme ; - L'optimisation des rapports sanitaires et l'harmonisation des dispositifs de collectes de données.	
ACSI		L'ACSI appelle le Conseil fédéral à présenter au Parlement un projet de loi pour l'information aux patients, sur le modèle de la loi pour l'information aux consommateurs, ou à intégrer les éléments d'une telle réglementation dans la LAMal. En effet, l'ACSI est convaincue que de tels outils d'information aux patient-e-s permettent de renforcer leurs compétences et, à terme, d'avoir un effet positif sur la	

		maîtrise des coûts de la santé.	

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Organisation : Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen

Abkürzung der Organisation : EKK

Adresse : Bundeshaus Ost

Kontaktperson : Jean-Marc Vögele

Telefon : +41 58 462 20 46

E-Mail : jean-marc.voegele@bfk.admin.ch

Datum : 16. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen 2

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 2

Weitere Vorschläge 4

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
	Die Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen (EKK) nimmt hiermit zum Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen des KVG – Paket 2 Stellung. Unseres Erachtens sind darin *positive Elemente auf guter Datenbasis* enthalten, welche eine Kostendämpfung zugunsten der Konsumenten bewirken können. Wir möchten jedoch generell darauf hinweisen, dass jegliche Gesetzesänderung als Zielsetzung nicht nur die Prämien entlasten sollten, sondern auch *direkte Anreize zur Kostenverminderung einführen sollte, sei es auf Seite der Leistungserbringer als auf Seite der Leistungsbezüger bzw. der Konsumenten/Patienten.* Heute sind die Hauptakteure und Hauptzahler des Gesundheitssystems - die Konsumenten/Patienten bzw. ihre Interessenorganisationen – in einer Beobachterposition oftmals ohne direkte Einflussmöglichkeit. Das ist ja auch einer der Gründe der Volksinitiative. Das System sollte in diesem Sinne die Patienten bzw. Konsumentenorganisationen direkter involvieren. Zu diesem Zweck sollten auch diesen Organisationen die finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden, da diese oft nicht direkt über die Patienten/Konsumenten finanziert werden können.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	21			La CFC soutient une plus grande transparence et un meilleur accès à l'information en matière de coûts de la santé. Par conséquent, elle n'est pas favorable à l'introduction d'une exception qui limiterait l'accès aux documents officiels relatifs au	

				montant, au calcul et aux modalités des restitutions, s'agissant des modèles de prix.	
	40a			Diese Massnahme soll die Konsumenten/Patienten obligatorisch in eine Erstberatungsstelle lenken, um die Koordination der verschiedenen medizinischen Leistungen besser zu lenken und Doppelleistungen zu vermeiden, was den Prinzipien der Smartermedizin entgegenkommt und positiv auf die Kostenentwicklung wirken könnte. Die Pauschalvergütung an die Koordinationsstelle ohne Leistungsvergabe ist allerdings ein möglicher Schwachpunkt, wenn die Zahl der Versicherten pro Erstberatungsstelle nicht genau definiert wird. Sonst könnte die Qualität der Leistungen aufgrund eines übermässigen Patientengutes sinken.	
	54			**Kostendämpfungsmassnahmen:** *Generell sind Zielvorgaben und Kostendächer nicht unbedingt positiv für die Konsumenten/Patienten. Beispiele wie Deutschland oder die Niederlande zeigen, dass durch Globalbudgets das Kostenwachstum nicht zwingend gebremst werden kann.* Ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen wie es in der Schweiz besteht, sollte sich über Qualitätsziele und nicht über Kostenziele definieren. Sonst droht es eine Zweiklassenmedizin. Die EKK unterstützt prinzipiell die Kostendämpfungs-massnahmen, welche keine Risiken zur Qualitätsminderung bergen. Als Nebeneffekt, könnte eine Kostenbremse eine negative Wirkung auf die Qualität der Leistungen bewirken. *Dies kann durch die Prinzipien der Smartermedizin-Choosing wisely verhindert werden, wenn die Kostendämpfung über die unnötigen medizinischen Leistungen erwirkt wird.*	Es sollte eine Qualitätsüberwachung separat und rigoros zugunsten der Konsumenten/Patienten eingeführt werden, welche nicht direkt mit den wirtschaftlichen Aspekten gekoppelt wird (54, 5). Ein Vorschlag könnte die Einführung eines *Qualitätsmessers im Sinne der Smartermedizin* mithilfe der Konsumenten/ Patientenorganisationen sein, welches in die Überwachungsmechanismen des Systems eingebaut werden könnte.

				Auch bremsen oder verhindern Kostenziele notwendige Investitionen und Innovationen, was langfristig zu einer Qualitätsminderung führen würde. **Preismodelle und Kostenüberprüfung von Leistungen, Medikamenten, Analysen** etc. ist im Sinne der Qualität für die Konsumenten/Patienten eine positive Massnahme, die allerdings den Gesundheitsmarkt wirtschaftlich stark beeinflussen wird. Wohl wird sich die Preisentwicklung z.B. der *Generika im Pharmamarkt positiv für die Konsumenten auswirken*. Mit dieser Massnahme wird ein Kostendämpfungseffekt wohl in einem gewissen Mass erreicht, bewirkt aber in sich *keine Leistungsverminderung und hat somit wohl eine zeitlich beschränkte Sparwirkung*.	

Weitere Vorschläge

Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	41	**Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen** sind Massnahmen, die zwar den Wettbewerb unter den Spitalorganisationen fördern, aber für die Konsumenten/Patienten in einem gewissen Mass auch die Gefahr einer *Rationalisierung der Pflege* mit sich bringen, um als Spital in den Budgetvorgaben zu bleiben. *Dies könnte eine Qualitätseinbusse für die Konsumenten zur Folge haben.*	
	42a	**Versichertenkarte und Digitalisierung**: Die Digitalisierung der Rechnungsübermittlung ist sicher eine kostendämpfende Massnahme, die beiderseits Vorteile bringen kann und unterstützt werden sollte.	Die den Patienten betreffenden oder von ihm gelieferten Daten gehören dem Patienten und müssen den Patienten zugänglich bleiben (Datenschutz).

		Ebenfalls ist die geplante Einführung des EPD im 2021 eine Zusatzhilfe, da so unnötige Doppelleistungen verhindert werden können, aufgrund der verstärkten Vernetzung der Leistungserbringer und des geteilten Datenzugangs.	
	54e	3 Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Versicherten sowie von Fachleuten.	3 Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Patienten bzw. Konsumentenorganisationen, der Versicherer, der Versicherten sowie von Fachleuten.

FÉDÉRATION ROMANDE DES CONSOMMATEURS
LE POUVOIR D'AGIR

OFSP
Schwarzenburgstrasse 157,
3097 Liebefeld

Par courriel:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Gever@bag.admin.ch

Lausanne, le 17 novembre 2020

Consultation concernant Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2e volet)

Madame, Monsieur,

La Fédération romande des consommateurs (FRC) vous remercie de l'opportunité qui lui est donnée de prendre position sur l'objet mentionné ci-dessus.

Remarque générale

Depuis l'instauration de la loi sur l'assurance maladie (LAMAL) en 1996, les primes des assurés n'ont cessé d'augmenter, passant du simple à plus qu'au double en l'espace de 25 ans (140 % d'augmentation environ). L'indice des primes de l'assurance maladie (IPAM), permettant de connaître le poids que représentent les primes AOS dans un ménage, ne cesse d'augmenter. Dès lors que le montant des primes est indexé sur les coûts de la santé, la FRC estime qu'une action concertée pour maitriser la hausse des coûts est justifiée.

Nous avons déjà eu l'occasion, lorsque nous nous sommes exprimés sur le premier paquet, d'avancer cet argument. Toutefois, nous remarquons que le volontarisme (mesuré mais remarquable) du premier paquet a quelque peu perdu de sa vigueur lorsque le Parlement s'en est emparé : au moment où nous rédigeons notre réponse, le prix de référence pour les médicaments génériques a été abandonné par le Conseil national (votes sur les projets 1a et 1b de l'objet 19.046), et l'instauration d'un principe

Fédération romande des consommateurs
Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne
Tél. 021 331 00 99, Fax 021 331 00 91
info@frc.ch, www.frc.ch

Personne de contact
Yannis Papadaniel
Responsable Santé
y.papadaniel@frc.ch

d'adaptation des tarifs médicaux ou de tarifs digressifs passé un certain seuil dans le volume des prestations a subi le même sort. Tout laisse penser que les économies seront moindres que celles espérées à la lecture du rapport d'experts dont le premier et le second paquet de mesures sont issus. Plus spécifiquement encore, le refus par le Conseil national d'un tarif dégressif mine déjà à ce stade les mesures préconisées dans ce deuxième paquet, qui est un contre-projet indirect proposé en alternative à l'initiative du PDC pour maîtriser les coûts de la santé.

Malgré tout, comme pour le premier paquet, la FRC estime que la plupart des mesures vont dans le bon sens, mais leur complexité effrayante et, parfois, le fait qu'elles ratissent trop large leur font perdre en efficacité. Il est à craindre qu'au final ces caractéristiques diminuent leur chance de succès devant le Parlement ou devant le peuple en cas de référendum.

Par ailleurs, la FRC s'oppose avec force à la proposition no 6 visant à créer un régime d'exception à la loi sur la transparence. Elle concerne l'accès aux documents relatifs au calcul des prix des médicaments et des restitutions aux assureurs (ou à l'institution commune) découlant des rabais négociés avec les fabricants. Une telle mesure consiste à signer un blanc-seing à l'industrie pharmaceutique dont la marge de manœuvre est déjà énorme, favorisant un climat déjà très opaque en matière de prix et de tarification. Si une telle mesure peut amener à court terme une baisse des prix, elle créerait un précédent qui risque de toucher à plus long terme d'autres branches de l'économie au détriment des consommateurs et de l'information qui leur est fournie.

Enfin, la FRC remarque et déplore le fait que le Conseil fédéral continue à ne pas miser sur la prévention pour tenter d'agir sur les coûts. Il serait pourtant nécessaire de compléter des mesures tendanciellement réactives avec un renforcement de l'arsenal (déjà très faible en Suisse) des outils de prévention et de promotion de la santé. Aujourd'hui déjà, un quart de la population suisse souffre d'une maladie non transmissible (MNT), une proportion qui augmente avec l'âge ; or 80% des coûts de santé sont causés par les maladies non transmissibles. Le Conseil fédéral a déclaré pourtant vouloir renforcer la prévention des maladies non transmissibles conformément à sa stratégie "Santé 2030". De même, dans le plan législatif 2019-2023, le Parlement et le Conseil fédéral se sont fixés comme objectif une prévention efficace, en plus du maintien de soins de qualité et financièrement viables. Il est donc d'autant plus incompréhensible pour la FRC que tout comme le premier paquet de réduction des coûts, le présent paquet ne comporte aucune mesure correspondante.

Afin de réduire les coûts des soins de santé, il convient de promouvoir la compétence des citoyens suisses en matière de santé. L'accès à des informations valides et complètes permettant aux citoyens/assurés/patients de prendre de bonnes décisions concernant leur santé doit être garanti. À l'heure actuelle, selon les études réalisées sur mandat de l'OFSP, seule une personne sur dix en Suisse a une excellente compétence en santé et dans un peu plus d'un tiers de la population, elle est suffisante ; mais environ 45 % ont un niveau de compétence problématique et 9 % ont une compétence insuffisante en matière de santé. Selon ces études, les coûts d'une compétence sanitaire limitée représentent 3 à 5 % des coûts de santé. Pour la Suisse, cela correspond à 2,5 à 4 milliards de francs par an. La FRC essaie pourtant à son échelle d'améliorer la situation, notamment à travers son projet Tous consomm'acteurs de la santé.

Fédération romande des consommateurs
Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne
Tél. 021 331 00 99, Fax 021 331 00 91
info@frc.ch, www.frc.ch

Personne de contact
Yannis Papadaniel
Responsable Santé
y.papadaniel@frc.ch

La suite du document détaille notre prise de position sur les mesures présentées dans ce second paquet.

A. *Mesure 1 : introduction d'un objectif de maîtrise des coûts visant à définir des objectifs concernant la croissance des coûts dans l'AOS et à fixer des mesures de correction en cas de dépassement des objectifs.*

La FRC est satisfaite de l'opposition du Conseil fédéral à l'initiative du PDC dite initiative de « frein aux coûts de la santé ». En effet, cette initiative n'accomplit que la moitié du chemin : si les initiants ont raison de plaider pour la mise en place de mesures rapides à partir du moment où les coûts annuels dépassent un certain seuil, ils se trompent en ne spécifiant absolument aucune mesure ou ne donnant aucune indication quant au type de mesures à prendre et aux garde-fous à respecter. De telles lacunes risquent de se retourner contre les assurés. La position du Conseil fédéral est louable en ce qu'elle s'attache à combler les manques de l'initiative.

Cependant, le Conseil fédéral propose des procédures bien trop complexes. La chaîne de décisions est bien trop longue partant d'une commission consultative pour aller vers le Conseil fédéral, puis vers les cantons, ceci dans le seul but de fixer un objectif (théorique) en matière de coût. Le système – souple – prévoit par ailleurs une marge de tolérance. Un mécanisme parallèle pour la répartition entre les différentes catégories de coûts est prévu. Il ne s'agit là que de la première étape qui en comprend trois autres qui engagent les cantons, les fournisseurs de prestation et les acteurs locaux de la santé. Des divisions et subdivisions sont en outre prévues pour adapter les objectifs. Enfin, afin de savoir si les mesures à prendre sont contraignantes ou non et à quel degré, deux variantes sont prévues. Les fournisseurs de prestations, hôpitaux et médecins, peuvent bien craindre la mise en place d'un budget dit global, toutes les précautions prises pour ne pas tendre vers un modèle trop vertical nuisent aux propositions pour les inciter à contrôler les volumes de leurs prestations.

Ce projet est bien trop complexe et ne participe nullement à simplifier un système que plus personne ne parvient ni à comprendre ni à maîtriser dans sa globalité.

Nous notons, par ailleurs, que les mesures correctives suggérées par le Conseil fédéral, avec ce mécanisme, consisteraient surtout à adapter les conventions tarifaires. Si la mesure, en elle-même, est limpide et louable, il subsiste un certain flou à son sujet. En effet, lors de la session spéciale d'octobre 2020 du Conseil national, il était déjà prévu d'amender l'article 47*c* de la LAMAL pour introduire cette mesure. Le Conseil national a rejeté cette mesure. Cette sorte de « conflit d'agenda » entre le paquet 1 et le paquet 2, et entre le processus parlementaire et la procédure de consultations rajoute de l'incertitude à la complexité.

En soi, la FRC pourrait soutenir le principe de l'instauration d'un tarif dégressif passé un certain seuil dans les volumes. Mais une mesure aussi radicale doit passer par une procédure beaucoup plus simple, guidée par la Confédération. Elle doit aussi garantir que les fournisseurs de prestations, respectivement les médecins, ne soient ni empêchés de prescrire, ni incités à différer une intervention afin qu'elle ait lieu lorsque les compteurs sont remis à zéro, ceci aux dépens de l'intérêt des patients, de leurs besoins et de leur porte-monnaie.

Si le Conseil fédéral puis le Parlement persistent malgré tout à aller dans le sens du contre-projet ici proposé et à créer une Commission consultative sur les objectifs en

Fédération romande des consommateurs
Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne
Tél. 021 331 00 99, Fax 021 331 00 91
info@frc.ch, www.frc.ch

Personne de contact
Yannis Papadaniel
Responsable Santé
y.papadaniel@frc.ch

matière de coûts de la santé, il est évident que trois sièges au moins doivent être prévus pour les associations représentants les patients et les assurés.

B. Mesure 2 : Institution d'un premier point de contact, auquel les assurés s'adressent d'abord lorsqu'ils ont des problèmes de santé. Celui-ci conseille et traite les patients ou les adresse à un autre fournisseur de prestation

Mesure 3 : Renforcement des soins coordonnés grâce à la définition de réseaux de soins coordonnés en tant que fournisseurs de prestations distincts

Mesure 4 : Promotion de programme de prise en charge des patients afin de renforcer les soins coordonnés

En 2012, la FRC avait soutenu l'initiative pour des soins intégrés dits de « Managed care ». Huit ans plus tard, elle est heureuse de constater que la structuration des parcours de soins et de prise en charge est considérée comme un moyen qui peut permettre des économies tout en garantissant une prise en charge de qualité, voire son amélioration. En dépit de ces arguments, la FRC demeure sceptique face à autant de complexité. Elle est d'avis que le projet soumis à consultation court trop de lièvres à la fois. Soit l'orientation des patients et la coordination de leurs soins au sein du système doit reposer sur les épaules des médecins généralistes, soit cette même tâche incombe aux réseaux de soins qui peuvent, au sein dudit réseau, déléguer une partie des tâches de coordination à un intervenant pas forcément médecin.

Si d'un point de vue théorique, l'articulation de ces trois mesures n'est pas mauvaise, elle pose dans la pratique une série d'interrogations qui pourraient avoir raison de sa bonne concrétisation. La mise en place d'un premier point de contact obligatoire doit être accompagné d'une méthodologie qui n'en fait pas un simple « gate-keeper » comme on les connaît dans les centrales de télémédecine auxquelles recourent les caisses-maladie. Le premier contact nécessite une promotion encore accrue du rôle des généralistes, ainsi qu'une formation qui intègre de façon complète les enjeux de la coordination. Du côté des patients, il est nécessaire de les inciter à se doter d'un médecin généraliste ou à se diriger toujours vers la même porte d'entrée lorsqu'ils font face à un problème de santé, bénin ou non (en dehors des urgences).

Le Danemark a mis en place un tel système qui promeut systématiquement l'inscription chez un médecin. A chaque déménagement, tout citoyen danois est simultanément accueilli par sa nouvelle commune par un message de bienvenue et dirigé vers un médecin généraliste qu'il peut ensuite choisir de remplacer par un autre médecin figurant sur une liste. Chaque patient doit en toutes circonstances s'adresser d'abord à son médecin généraliste (excepté en situation d'urgence) qui est responsable pour la santé et les soins de ses patients. Ce dernier a donc un intérêt de bien les connaître et réciproquement. Chaque médecin est rémunéré en fonction du nombre de patients qui s'adressent à lui, mais il est également rémunéré dans un tarif bien moins détaillé que TARMED pour les prestations qu'il fournit.

Les propositions du Conseil fédéral semblent en partie s'inspirer du modèle danois, mais il ne semble guère s'intéresser aux conditions proprement systémiques (nombre de MPR), méthodologiques (affinement des compétences interprofessionnelles) et culturelles qui permettent à ce système d'être efficace et accepté par la population. Ces conditions ne sont pas réunies en Suisse où les médecins agitent trop souvent

Fédération romande des consommateurs
Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne
Tél. 021 331 00 99, Fax 021 331 00 91
info@frc.ch, www.frc.ch

Personne de contact
Yannis Papadaniel
Responsable Santé
y.papadaniel@frc.ch

l'argument de la liberté de choix du patient (qui reçoit un bon écho chez les assurés, même ceux qui ont opté pour un modèle alternatif) pour saper tout effort de coordination et toute révision du système de tarification. Dès lors, si la proposition du Conseil fédéral est bienvenue, elle constituerait une révolution en soi qui nécessiterait beaucoup d'efforts. La FRC doute grandement que l'introduction simultanée d'un premier point de contact obligé, d'une promotion des réseaux et la création d'un statut de coordinateur qui n'incombe pas nécessairement aux médecins soient réalisables. A minima, il faudrait échelonner l'introduction de ces mesures et définir les conditions pour que le premier point de contact soit également le point de coordination et d'orientation.

La FRC est d'avis qu'il faut débuter cette réforme par la mise en place de centres de coordination, tel que les définit la Plateforme de médecine sociale. Ces centres de coordination peuvent être des cabinets individuels ou des cabinets collectifs de praticiens qui seraient responsables des premières consultations mais également de la coordination des prestations et de la gestion des dossiers (notamment du dossier électronique). Ces centres assureraient ainsi un suivi continu et un accompagnement des patients qui permettraient une meilleure coordination, et empêcheraient les examens inutiles ou faits à double.

En tous les cas, il serait judicieux de spécifier si les malades chroniques, ayant été dirigés vers un spécialiste, devront repasser chaque début d'année et/ou pour chaque épisode thérapeutique devant leur premier point de contact pour se faire renouveler le bon de délégation. La FRC est d'avis qu'il faudrait disposer d'exigences souples et adaptées afin d'éviter une saturation inutile.

Il faut également prévoir un système de compensation ou prévoir de rémunérer les tâches de coordination – en particulier dans la mesure 2 – afin d'éviter qu'une sélection des risques se mette en place à l'entrée des points de contact obligatoires (ou de quelques structures qui rempliraient une fonction analogue).

Dans la promotion des réseaux de santé, il importe d'exiger, comme le fait déjà le Conseil fédéral, que les réseaux soient dirigés par des professionnels de soins (médecin ou infirmiers) afin de s'assurer que leur gestion repose avant tout sur une approche médicale et, ensuite, sur une logique économique.

En conclusion, la FRC peut soutenir les propositions du Conseil fédéral visant à instaurer une meilleure coordination, mais elle doute que ces mesures, par leur morcellement propre comme celui du système, permettent d'atteindre les effets escomptés et l'adhésion de la population.

C. Mesure 5 : Règlementation visant à convenir de modèles de prix et de restitutions éventuelles

Mesure 6 : Exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul, et les modalités de restitutions dans le cadre des modèles de prix

La FRC est acquise à la méthode dite des modèles des prix afin d'adapter les prix aux risques ou aux incertitudes liées au manque de données disponibles (quant à l'efficacité du traitement, ses bénéfices par rapport aux traitements existants, ou ses possibles effets secondaires) pour un traitement nouveau. Elle ne voit pas d'inconvénients à ce que les reversements liés aux rabais négociés passent par l'Institution commune LAMAL.

Fédération romande des consommateurs
Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne
Tél. 021 331 00 99, Fax 021 331 00 91
info@frc.ch, www.frc.ch

Personne de contact
Yannis Papadaniel
Responsable Santé
y.papadaniel@frc.ch

En revanche, la FRC refuse catégoriquement l'instauration d'un régime d'exception à la loi sur la transparence. Alors que les groupes pharmaceutiques jouissent déjà de toute la latitude pour fixer des tarifs élevés sans avoir à fournir des données détaillées, notamment au sujet des investissement consentis pour le développement d'un produit, cette mesure vise à agrandir leur marge aux dépens d'un acquis démocratique. Une telle mesure risque de créer un dangereux précédent susceptible de réduire le droit à la transparence dans d'autres domaines que la santé.

D. *Mesure 7 : Création des bases juridiques pour un examen différencié des critères EAE et pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible des analyses, des médicaments, ainsi que des moyens et des appareils*

La FRC est extrêmement favorable à cette mesure afin qu'elle puisse apporter un appui supplémentaire aux mesures déjà prises par le Conseil fédéral pour continuer à faire baisser le prix des médicaments (notamment à travers l'analyse triennale, en passe d'être annualisée). Il est important que le choix de la méthode la plus avantageuse soit systématique, et non simplement « envisageable » comme le laisse sous-entendre le rapport explicatif aux pages 51 et 52 (« Dans certains cas, il sera *envisageable* de ne plus tenir compte que de l'une ou l'autre de ces comparaisons, ou encore de prendre en considération d'autres critères tenant compte du caractère avantageux »). Il ne sert à rien de créer une base légale et, en même temps, d'offrir la possibilité de la contourner.

E. *Mesure 8 : Fixation de tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré afin d'encourager la concurrence intercantonale entre les hôpitaux*

Actuellement, en théorie tout assuré peut se faire soigner dans un canton différent de celui dans lequel il réside. A cette fin, certains cantons définissent un tarif plafond pour ne pas avoir à payer trop cher une prise en charge d'un de leurs résidents dans un autre canton. Ce plafond est souvent volontairement défini à un niveau trop bas (à des tarifs inexistants) pour casser la concurrence intercantonale et inciter les assurés à rester dans leur canton de résidence (puisque la différence est à leur frais...). L'introduction d'un tarif de référence mettrait un terme à cette pratique qui freine la concurrence et donc le choix des usagers. Cette mesure serait un premier pas pour une centralisation du système et une régionalisation de la prise en charge. La FRC y souscrit donc pleinement.

F. *Mesure 9 : obligation des fournisseurs de prestations et des assureurs de transmettre les factures par voie électronique*

La FRC soutient cette mesure, même si elle estime qu'elle ne changera que peu de chose au contrôle des factures. Elle a déjà eu l'occasion de souligner son point de vue sur le sujet (sans être entendue) : la remise de la facture automatique aux patients et assurés n'atteindra pas l'objectif escompté sans que l'on mandate des organisations tierces pour les aider à lire lesdites factures, si l'on ne met pas en place un format de factures plus lisibles ou si l'on ne promeut pas de manière plus substantielle des moyens pour renforcer leurs connaissances et leurs compétences.

La FRC émet une réserve importante à son soutien. La remise en version papier doit pouvoir être obtenue gratuitement par les patients et assurés qui en font la demande.

Fédération romande des consommateurs
Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne
Tél. 021 331 00 99, Fax 021 331 00 91
info@frc.ch, www.frc.ch

Personne de contact
Yannis Papadaniel
Responsable Santé
y.papadaniel@frc.ch

FÉDÉRATION ROMANDE DES CONSOMMATEURS
LE POUVOIR D'AGIR

G. Autres mesures : participation aux coûts de la maternité, égalité de traitement des patientes

La FRC soutient sans réserve cette mesure qui a exposé les assurées à une inégalité de traitement en fonction de la caisse maladie à laquelle elles étaient affiliées et de la lecture que ces dernières faisaient de l'article 64, al. 7, let b. de la LAMAL. Une lecture trop restrictive de cet article, à contre-courant des recommandations de l'OFSP, a confronté de nombreuses assurées à une double épreuve, à savoir celle de subir parfois une interruption de grossesse et d'avoir à en assumer les frais. La FRC suggère même d'aller plus loin en suspendant toute participation aux frais médicaux dès la première semaine de grossesse, afin que les femmes subissant une fausse couche n'aient pas non plus à assumer les frais d'une épreuve bel et bien liée à leur grossesse.

F. Propositions additionnelles de la FRC

Le paquet de mesure fait appel à la participation de tous les acteurs, sauf les assureurs. A ce titre, la FRC invite le Conseil fédéral à réviser la LSAMal de manière à limiter et à uniformiser les frais d'administration des assureurs. La FRC constate que ces frais restent extrêmement élevés, à savoir 1,475 milliards de francs en 2019 selon les statistiques de l'OFSP sur la surveillance de l'assurance-maladie. Ces frais varient en outre énormément d'un assureur à l'autre (de 2,9 à 18,5% des dépenses).

En ce sens, il semble important, dans le présent projet, de faire un geste pour faire baisser les coûts assumés dans le faits par les primes versées par les assurés. À ce titre, la FRC estime que :

- Les frais administratifs des assureurs doivent être limités de manière globale, p.ex. par l'introduction d'un plafond de dépense ;
- Les dépenses de publicité et le recours à des intermédiaires pour conclure des contrats d'assurance obligatoire doivent être interdits pour tous les assureurs soumis à la LSAMal, dans la mesure où les prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins sont identiques d'une assurance à l'autre.

Nous vous remercions de nous avoir consultés ainsi que de l'attention que vous porterez à notre prise de position et restons à votre disposition pour toute demande complémentaire. Dans l'intervalle nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale

Yannis Papadaniel
Responsable Santé

Fédération romande des consommateurs
Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne
Tél. 021 331 00 99, Fax 021 331 00 91
info@frc.ch, www.frc.ch

Personne de contact
Yannis Papadaniel
Responsable Santé
y.papadaniel@frc.ch

Stiftung für Konsumentenschutz
Nordring 4
Postfach
3001 Bern

Eidgenössisches Departement des
Innern EDI
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

Geht per Mail an: Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Rückfragen:
Ivo Meli, Leiter Gesundheit
i.meli@konsumentenschutz.ch; 031 370 24 28

Bern, 19. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Stiftung für Konsumentenschutz dankt Ihnen für die Gelegenheit, zu den vorgeschlagenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung nehmen zu dürfen. Gerne lassen wir Ihnen nachfolgend unsere Bemerkungen zukommen. Aufgrund des grossen Umfangs können wir nur zu einem Teil der geplanten Massnahmen Stellung nehmen.

Grundsätzliches

Der Konsumentenschutz begrüsst die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Die Krankenkassenprämien sind seit der Einführung des KVG enorm angestiegen, eine Trendwende zeichnet sich nicht ab. Zusätzlich werden die Versicherten in der Schweiz im Vergleich mit den OECD-Ländern mit einer rekordhohen Kostenbeteiligung (Franchise,

Selbstbehalt, usw.) belastet. Die für die Prämienverbilligung zur Verfügung stehenden Mittel reichen zudem bei weitem nicht aus, um diese enorme finanzielle Belastung abzufedern.

Im Rahmen der Sparbemühungen muss jedoch sichergestellt werden, dass die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit durch die kostendämpfenden Massnahmen nicht beeinträchtigt werden sowie die Chancen- und Zugangsgerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend auch die Erhaltung und wenn möglich Steigerung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit sicherzustellen.

Im vorliegenden Entwurf fehlen leider mehrere Massnahmen, welche aus Sicht des Konsumentenschutzes angezeigt wären:

Stärkung der Gesundheitskompetenz

Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45% dagegen problematisch und bei 9% unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3-5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.

Der Konsumentenschutz empfiehlt zusätzliche Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung der Schweiz. Die Patientinnen und Versicherten müssen Zugang zu validen, umfassenden Informationen erhalten, die es ihnen ermöglichen, informierte Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen, eine aktive Rolle im Gesundheitssystem wahrzunehmen, und damit auch Kosten zu sparen. Wir plädieren deshalb für ein Bundesgesetz zur Stärkung der Patienteninformation und der Patientenrechte mit Regelungen zur Förderung des niederschwelligen Zugangs zu validen Gesundheitsinformationen, zur Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz, zur Stärkung der Rechte der Versicherten sowie zur Verbesserung des Einbezugs und der Stellung der PatientInnen im Gesundheitsversorgungssystem, was sich wiederum positiv auf die Qualität und Kosten auswirken kann. Die diesbezüglichen Arbeiten, die das Eidgenössischen Departement des Innern im Jahr 2015 im Auftrag des Bundesrates und gestützt auf den Bericht «Patientenrechte und Patientenpartizipation» begonnen hat, sollen weitergeführt werden.

Stärkung der Prävention

Ausgehend von der Tatsache, dass nur rund 2-3% der gesamten Gesundheitskosten in die Vorsorge investiert werden und angesichts des Potenzials, das in der Prävention und Gesundheitsförderung liegt, bedauert der Konsumentenschutz, dass in der vorgeschlagenen Teilrevision des KVG keine Massnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung vorgeschlagen werden. Mit einer zielgerichteten Förderung von evidenzbasierten Vorsorgeinterventionen können heute bestehende Über- bzw. Unterversorgungen deutlich reduziert werden, was zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Dämpfung des Kostenwachstums beiträgt.

Aufhebung des Territorialprinzips

Viele Arzneimittel und Medizinprodukte der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) sind in der Schweiz um ein Vielfaches teurer als in umliegenden Ländern, was die OKP unnötig belastet. PatientInnen, die aus eigenem Antrieb Kosten sparen wollen, und dafür medizinische Hilfsmittel oder Arzneimittel zu günstigeren Preisen im Ausland beziehen, werden heute sogar bestraft: Obwohl es von beiden Seiten erwünscht wäre, dürfen Krankenkassen diese Kosten nicht vergüten. Der Konsumentenschutz fordert deshalb, dass wie im Bericht der Expertengruppe[1] (M21) vorgeschlagen, das Territorialprinzip in der OKP aufgehoben wird.

Einführung eines Beschwerderechts bzgl. Spezialitätenliste (SL)

Aktuell haben nur die Hersteller ein Beschwerderecht bezüglich Medikamentenpreise und der Aufnahme von Medikamenten auf die SL. Da diese kein Interesse an tiefen Preisen haben, werden momentan nur (aus Sicht der Hersteller) zu tief angesetzte Preise mittels Beschwerden nach oben korrigiert. Dies kann sogar dazu führen, dass Medikamentenpreise im Zweifelsfall zu hoch angesetzt werden, um Beschwerden von vornherein zu vermeiden. Das Resultat ist eine Preisspirale nach oben.

Krankenkassen, Patienten- und Konsumentenschutz-Organisationen, die ein Interesse an tiefen Arzneimittelpreisen haben, haben aktuell keine Möglichkeit, sich gegen zu hoch angesetzte Preise zu wehren. Dies ist problematisch, schliesslich machen Medikamentenkosten ca. 20% der gesamten OKP-Kosten aus. Neben den Krankenversicherern sind in erster Linie die Prämienzahlerinnen und Patienten stark von Entscheiden bezüglich der SL betroffen.

Der Konsumentenschutz fordert deshalb, dass in Erfüllung und Ergänzung der im Bericht der Expertengruppe vorgeschlagenen Massnahme M33, ein Beschwerderecht für Krankenversicherer, Patienten- und Konsumentenorganisationen eingeführt wird.

1) Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll.

Zielvorgaben können eine sehr wirksame Möglichkeit sein, das unkontrollierte Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu steuern und zu dämpfen. Damit die vorgeschlagene Neuregelung eine Wirkung hat, muss jedoch aus Sicht des Konsumentenschutzes die verbindliche Variante anstelle der Kann-Variante berücksichtigt werden. Zentral ist zudem, dass eine Zielvorgabe nicht zu Rationierung oder Qualitätsverlust in der Gesundheitsversorgung führt und die Leistungsvergütung für Versicherte immer sichergestellt sein muss (Art. 54 Abs. 4). Die Versorgungs- und Patientensicherheit sowie der Zugang für alle und insbesondere chronisch kranke Patientinnen und Patienten muss jederzeit gewährleistet sein. Entsprechend sollten die Ziele der Kostendämpfung mit Qualitätszielen eng verbunden sein.

[1] Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017

Der vorgeschlagene Prozess, wie Zielvorgaben festgelegt, deren Einhaltung überprüft und daraus folgende Massnahmen beschlossen werden, erscheint jedoch äusserst komplex und mit hohem administrativen Aufwand verbunden zu sein. Leider fehlt eine Regulierungsfolgeabschätzung, was die Einschätzung des volkswirtschaftlichen Kostensparpotenzials (administrativer Aufwand vs. Sparpotenzial) und der Auswirkungen auf Zugang und Qualität verunmöglicht.

Der Konsumentenschutz unterstützt die Einführung von Kostenzielen, er empfiehlt aber dringend, eine verbindliche Regelung zu wählen und den administrativen Aufwand zu begrenzen, indem die vorgesehenen Abläufe vereinfacht werden.

2) Einführung einer Erstberatungsstelle, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden. Diese Stelle berät die Patienten und behandelt sie selber oder verweist sie an einen anderen Leistungserbringer.

Der Konsumentenschutz unterstützt grundsätzlich die Einführung einer Erstberatungsstelle. Dies bietet die Möglichkeit, die Koordination und Qualität der Leistungen zu verbessern. Für chronisch und mehrfach kranke Menschen wird eine bessere Koordination der Versorgungsleistungen und damit eine engere Kooperation zwischen den Leistungserbringern immer wichtiger. Das ist deshalb von grosser Bedeutung, weil die mangelhafte Koordination und Kooperation schon heute ein zentrales Defizit in der Gesundheitsversorgung darstellen.

Aus Sicht des Konsumentenschutzes birgt die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen die Gefahr, dass diese eine Risikoselektion betreiben könnten, indem sie versuchen, vor allem PatientInnen zu betreuen, welche für die Erstberatungsstelle wenig Aufwand und Kosten generieren. Der Konsumentenschutz empfiehlt, dies mit geeigneten Massnahmen zu verhindern, denkbar wäre etwa eine nach Gesundheitszustand differenzierte Vergütung.

Inakzeptabel ist für den Konsumentenschutz, dass Versicherten die Leistungsvergütung verweigert werden soll, wenn sie sich nicht an den vorgesehenen Ablauf im Rahmen der Überweisung durch die Erstberatungsstelle (Art. 40b) oder in Modellen mit Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer (Art. 41a) halten.

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre mit Hausarzt-, Telmed- und anderen alternativen Versicherungsmodellen haben gezeigt, dass es immer wieder unklare Situationen und Missverständnisse gibt, wodurch für Versicherte unklar ist, wie korrekt vorgegangen werden muss. Der Konsumentenschutz erhält zahlreiche Meldungen von Versicherten, welche einmalig, versehentlich oder aufgrund unklarer Informationen gegen die Regeln von alternativen Versicherungsmodellen verstossen haben und deswegen sanktioniert wurden.

Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme zur Motion 16.3822 Carobbio Guscetti anerkannt hat, kann eine Verweigerung der Vergütung je nach Leistung für Versicherte enorme Kosten bedeuten, was sogar zu einer Schuldenspirale führen kann. Eine solche Bestrafung wäre insbesondere bei einmaligen oder versehentlichen Verstössen absolut unverhältnismässig.

Während aktuell einige Versicherungen solch drastische Sanktionen verhängen, zeigen andere, dass es problemlos möglich ist, mit Informationsmassnahmen und allenfalls begrenzten Sanktionen auf Regelverstösse zu reagieren und so weitere zu verhindern.

Angesichts der Offenheit gegenüber weiteren Regelungen bezüglich der Verhältnismässigkeit von Sanktionen, die der Bundesrat in seiner Stellungnahme signalisiert hat und angesichts der vorhandenen und funktionierenden verhältnismässigen Praktiken, welche von Versicherungen bereits heute angewendet werden, ist es für den Konsumentenschutz unverständlich, dass mit der aktuellen Vorlage ausgerechnet die konsumentenfeindlichste Variante als neuer Standard festgelegt werden soll.

Der Konsumentenschutz fordert deshalb, dass stattdessen graduelle Sanktionen vorgesehen werden, die je nach Schwere der Verstösse verhängt werden. Eine Verweigerung der Leistungsvergütung soll höchstens bei schwerwiegenden und systematischen Verstössen vorgesehen werden. Zur Verhinderung von unzumutbaren Kostenfolgen mit Überschuldungsgefahr muss zudem eine Obergrenze für die Kosten definiert werden, welche so auf Versicherte abgewälzt werden können.

3) **Stärkung der koordinierten Versorgung durch die Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer.**
4) **Förderung von Programmen der Patientenversorgung zur Stärkung der koordinierten Versorgung.**

Der Konsumentenschutz befürwortet die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen betreffend Netzwerken der koordinierten Versorgung und Patientenprogrammen und beurteilt diese zusammen mit der Einführung von Erstberatungsstellen als sinnvolle Ergänzung des bestehenden KVG. Die Kombination dieser drei Massnahmen eröffnet Chancen auf verschiedenen Ebenen. Programme zur koordinierten Versorgung mit interprofessioneller Beteiligung sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Behandlungsprozess hinweg, bringen bessere Ergebnisse als unstrukturierte Einzelmassnahmen.

Für die künftige Versorgungsqualität wird die Koordination ein entscheidender Faktor sein. Für Leistungserbringer und insbesondere jene, die mehrheitlich in der Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken tätig sind, schaffen Erstberatungsstelle, Netzwerke und Patientenprogramme zusammengenommen einen neuen gesetzlichen Rahmen, in dem die Leistungskoordination zu einem zentralen Orientierungspunkt wird. Patienten, insbesondere chronisch- und mehrfachkranke erhalten stärker koordinierte Leistungen, die dadurch auch besser mit deren individuellen Präferenzen und Haltungen abgestimmt werden können. Dadurch können nicht zuletzt auch unnötige medizinische Massnahmen verhindert werden.

5) **Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen.**
6) **Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen.**

Grundsätzlich hat der Konsumentenschutz Verständnis dafür, dass in gewissen Fällen Preismodelle und Rückerstattungen erforderlich sind, etwa, wenn bei einer schrittweisen Marktzulassung von neuen Arzneimitteln zum Zeitpunkt der Zulassung Unklarheiten zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bestehen. Es ist nachvollziehbar, dass

Preismodelle erforderlich sind, weil sich die entsprechende Praxis international bei der Vergütung von Medikamenten durchgesetzt hat. Entsprechend kann der Konsumentenschutz dieses Vorhaben im Grundsatz unterstützen – allerdings nur unter der Bedingung, dass diesbezüglich volle Transparenz herrscht und die Bedingungen der Preismodelle und Rückerstattungen öffentlich einsehbar sind.

Die Schaffung einer Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz für die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen ist aus Sicht des Konsumentenschutzes inakzeptabel. Dieses Vorhaben steht vollständig im Widerspruch zum Öffentlichkeitsprinzip. Allenfalls könnten durch geheime Rabatte kurzfristig gewisse Einsparungen bei den Medikamentenkosten erzielt werden, langfristig unterstützt ein solcher Systemwechsel jedoch nur die Profitmaximierung der Pharmakonzerne und nicht das Patientenwohl. Zudem unterstützt die Schweiz die WHO-Resolution, welche eine stärkere Transparenz im Preisfestsetzungsverfahren und der Medikamentenpreise fordert. Auch deshalb ist die vorgeschlagene Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten und damit der Schaffung von mehr Intransparenz weder nachvollziehbar noch vertretbar.

7) Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen.

Der Konsumentenschutz begrüsst ausdrücklich, dass eine gesetzliche Grundlage für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien geschaffen werden soll. Es ist richtig, dass die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung oder Zeitpunkt im Lebenszyklus einer Leistung mit unterschiedlicher Häufigkeit, Methodik und Tiefe erfolgen soll. Entscheidend ist aber, dass der Bundesrat diese Chance wahrnehmen und eine wirksame Umsetzung beschliessen wird.

Aus Sicht des Konsumentenschutzes sind dabei im Minimum folgende Verbesserungen, wie im Bericht der Expertengruppe vorgeschlagen, dringend nötig:

- Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips (M29)
- Jährliche Überprüfung der Preise und Sicherstellung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der vergüteten Arzneimittel (M30)
- Abschaffung des Innovationszuschlags für neu zugelassene Arzneimittel (M31)

8) Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung.

Der Konsumentenschutz begrüsst die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Unabdingbar ist jedoch, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.

Weiter muss sichergestellt werden, dass die Rechnungen in für Laien verständlicher Form und Sprache verfasst sind und dass Patienten die Möglichkeit haben, für Verständnis und Kontrolle der Rechnungen Beratung in Anspruch nehmen können. Hierfür bieten sich die neutralen Gesundheitsligen und Patientenorganisationen an, welche jedoch für diese Leistung vom Bund finanziell unterstützt werden müssen.

Wir danken Ihnen für die wohlwollende Prüfung unserer Anliegen und stehen Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Sara Stalder
Geschäftsleiterin

Ivo Meli
Leiter Gesundheit

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Assura

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully

Kontaktperson : Daniel Habegger

Telefon : 079 609 90 68

E-Mail : dahabegger@assura.ch

Datum : 19.11.2020

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Assura	**Assura unterstütz die vorgeschlagene Zielvorgabe des Bundesrates und setzt sich für verlässliche Massnahmen zur Umsetzung ein. Assura bevorzugt deshalb die zweite, verbindliche Variante.** Das seit über zwanzig Jahren übermässige Kostenwachstum der obligatorischen Krankenversicherung ist eine ständige Hauptsorge unserer Bevölkerung (vgl. z.B. CS-Sorgenbarometer). Gleichzeitig ist bekannt, dass rund 20 Prozent der medizinischen Eingriffe überflüssig, mitunter belastend oder gar schädlich sind. Wie der Bundesrat betont, sollen Rationierungen von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen vermieden werden. Die Prämien- und Steuerzahler sollten von der Zielvorgabe also umfassend profitieren können – und auch die Krankenversicherung als wichtige schweizerische Errungenschaft: Nur eine bezahlbare bleibt eine soziale Krankenversicherung. Sie ist aber durch die übermässige Kostenentwicklung gefährdet, welche in den nächsten Jahren noch durch die demografische Alterung akzentuiert werden wird.

Vielen Dank für Ihre Kenntnisnahme!

Freundliche Grüsse

Daniel Habegger
Secrétariat général

Assura
Avenue C.-F. Ramuz 70, Case postale 532, 1009 Pully
T +41 21 721 44 82
dahabegger@assura.ch
assura.ch

CSS Versicherung

Generalsekretariat
Tribschenstrasse 21
Postfach 2568
6002 Luzern

Telefon 058 277 14 29
Telefax 058 277 12 12
matthias.schenker@css.ch
www.css.ch

6002 Luzern

Herrn Bundesrat
Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Luzern, 26. Oktober 2020

Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben am 19. August 2020 die Vernehmlassung zur *Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»* eröffnet. Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu dieser wichtigen Gesetzesrevision Stellung nehmen zu dürfen und erlauben uns, Ihnen unsere Antwort hierbei zukommen zu lassen.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die Kosten des Gesundheitswesens pro Versicherten steigen weiterhin und kontinuierlich mit Raten über der Teuerung oder der Lohnentwicklung an. Dies bringt eine immer grössere Anzahl der Versicherten in Schwierigkeiten, die monatlichen Prämien begleichen zu können. Gleichzeitig ziehen sich viele Kantone aus Spargründen immer mehr aus der Prämienverbilligung zurück. Die CSS Versicherung begrüsst daher die 2017 lancierte Diskussion zu geeigneten Kostendämpfungsmassnahmen innerhalb der OKP. Das hier nun vorliegende zweite Massnahmenpaket beinhaltet wichtige Ansätze, um die Kostenentwicklung nachhaltig zu bremsen. Die CSS unterstützt dabei explizit die Einführung der Zielvorgaben für die Kostenentwicklung in der OKP, die Einführung fairer Referenztarife und die elektronische Rechnungsübermittlung. Andere Massnahmen lehnt die CSS ganz oder in Teilen ab, weil die regulatorischen Eingriffe wie beispielsweise bei der Erstberatungsstelle unnötig weit gehen oder wie bei der Schaffung von völliger Intransparenz bei gewissen neuen Preismodellen für Medikamente nicht im Sinne der Versicherten sowie einer guten Governance liegen.

Zielvorgaben für die Kostenentwicklung

Um das Kostenwachstum künftig zu dämpfen und qualitativ messbar zu machen, sind eine Definition und Festlegung verbindlicher Zielvorgaben für das OKP-Wachstum dringend notwendig. Solche verbindlichen Zielvorgaben dienen als Leistungskennzahl aller künftigen Kostendämpfungsmassnahmen und machen letztere damit mess- und steuerbar. Zudem stärken sie die Tarifpartnerschaft, indem sie den Druck auf die Tarifpartner erhöhen, Verträge abzuschliessen, welche die Wirtschaftlichkeit stärker gewichten und so zu einer Dämpfung des Kostenwachstums beitragen. Die Tarifpartner haben es mit den geltenden Rahmenbedingungen nicht geschafft, auf dem Verhandlungsweg die Kostenentwicklung zu steuern. Auch die Behörden müssen mit verbindlichen Zielvorgaben ihre Verantwortung und ihren gesetzlichen Auftrag zu

Gunsten der Versicherten, beispielsweise in den Bereichen HTA oder administrierte Preise, stärker wahrnehmen.

Die CSS begrüsst die Bestimmungen zu den Kostenzielen im Vernehmlassungsentwurf. Der Bundesrat hat eine relativ pragmatische Umsetzung vorgeschlagen, die in den grossen Linien der Haltung der CSS entspricht, welche sie bereits vor zwei Jahren präsentiert hat. Alle Akteure haben sich in ihrem künftigen Handeln an diesen Zielen auszurichten und den Erfolg von Massnahmen daran zu messen. Dazu gehören sowohl der Bund (administrierte Preise, Mittel und Gegenständeliste, Medikamente) als auch die Tarifpartner. Die Kosten sollen in einem auf Fakten basierenden Umfang wachsen (Logik der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie Bevölkerungswachstum). Sowohl die Einführung verbindlicher Kostenziele als auch Massnahmen zu deren Umsetzung bedürfen ergebnisoffener Diskussionen und der Mitwirkung betroffener Akteure.

Wichtig und richtig sind die Absätze 4 und 5 in Art. 54, welche den Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen garantieren und die Auswirkungen der Kostenziele auf der Kosten- und Qualitätsentwicklung einer regelmässigen Prüfung unterziehen wollen. Diese beiden Absätze stellen sicher, dass die Qualität und Versorgung sichergestellt bleiben.

Förderung der integrierten Versorgung
Die Förderung der integrierten Versorgung ist ein Kernanliegen der CSS. Integrierte Versorgung will die Steuerung von Patienten und Patientinnen über ihren gesamten Behandlungsweg verbindlich regeln, was die Behandlungsqualität und -effizienz optimiert und so zu Einsparungen bei den Leistungskosten führt. Der Kunde profitiert von besserer Qualität und tieferen Kosten, die durch die effiziente Behandlung erreicht werden.

Entsprechend begrüsst die CSS den Willen des Bundesrates, mit dem zweiten Massnahmenpaket die integrierte Versorgung weiter zu fördern. Eine obligatorische Erstberatungsstelle, wie sie der Bundesrat vorschlägt, wird diesem Anspruch allerdings nicht gerecht. Es gibt genügend sogenannte alternative Versicherungsmodelle (AVM) am Markt, die eine Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen können. Eine zusätzliche kantonale Erstberatungsstelle gesetzlich vorzuschreiben, würde das System nochmals stark verkomplizieren und auch den gewünschten Einsparungseffekt mindern. Es gilt weiter zu bedenken, dass die integrierte Versorgung heute weit verbreitet ist. Rund 70 Prozent der Versicherten haben ihre Wahl der Leistungserbringers bereits eingeschränkt. Dabei fallen ihre risikobereinigten Kosten tiefer aus, d.h., durch diese Einschränkung lassen sich tatsächlich Kosten sparen. Die Absicht des Bundesrates, die verbleibenden 30 Prozent der versicherten Personen auch in ein solches Modell zu bewegen, ist daher nachvollziehbar. Es ist aber ein Kurzschluss, das Einsparpotential bisheriger integrierter Modelle auf diese verbleibenden 30 Prozent zu übertragen, zumal ein wichtiger Anteil der Einsparungen durch das freiwillige und bewusste Engagement der Versicherten in solchen Modellen entsteht. Geschieht die Einschränkung hingegen gegen den Willen und die Überzeugung und den persönlichen Wunsch des Versicherten, schwindet das Einsparpotential.

Zur Stärkung der effizienten Modelle wäre es wichtig, den direkten Bezug der Koordination zu den Leistungskosteneinsparungen herzustellen und auf die gewährten Rabatte umzumünzen. Wieviel Rabatt einem Modell gewährt wird, soll also noch stärker von dessen Koordinationsleistung abhängen. Dies ist im aktuellen gesetzlichen Rahmen schon möglich, wird aber von der Aufsichtsbehörde zu wenig stark eingefordert und umgesetzt.

Natürlich sind die klassischen Managed-Care-Modelle in die Jahre kommen. Sie bieten den Leistungserbringern zu wenig ökonomische Anreize, den ganzen Behandlungspfad zu koordinieren. Gerade die Digitalisierung bietet andere Möglichkeiten, um sich über die Primärversorger hinweg zu vernetzen – konkret beispielsweise mittels einer Online-Plattform, die eine digital unterstützte integrierte Versorgung sicherstellt.

Fazit: Innovation existiert, ein Zwang ist nicht nötig. Allererdings können Anreize auf der Leistungserbringerseite noch verstärkt und die kostendämpfenden Koordinationsleistung effizienter Modelle

noch besser mit entsprechenden Rabatten versehen werden. Entsprechend lehnt die CSS die Erstberatungsstelle ab, schlägt aber zwei anreizorientierte und kombinierbare Alternativen dazu vor.

Anreizorientierte Alternativen zur Erstberatungsstelle:

Anstelle der obligatorischen Erstberatungsstelle, welche die freie Wahl der Leistungserbringer und Behandlung abschafft bzw. einschränkt, unterbreitet die CSS zwei anreizorientierte und kombinierbare Alternativen zur Förderung der koordinierten Versorgung zur Diskussion:

Diese **erste und von der CSS bevorzugte Alternative** zur Erstberatungsstelle setzt bei der Kostenbeteiligung an. Wir schlagen vor, **die Kostenbeteiligung für die ordentliche Versicherung** zu erhöhen, während sie für Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer unverändert bleibt. Dies kann über eine Erhöhung der ordentlichen Franchise, des Selbstbehalts und/oder des Höchstbetrags erreicht werden. Eine höhere Kostenbeteiligung hat zwei Vorteile. Erstens tragen die versicherten Personen, die weiterhin eine freie Leistungserbringerwahl wünschen, die Mehrkosten zu einem grösseren Teil selbst. Zweitens verstärkt eine höhere Kostenbeteiligung den Anreiz, in ein Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu wechseln. Es würden also mehr Personen solche Modelle wählen, aber die Möglichkeit zur freien Leistungserbringerwahl bliebe erhalten.

Eine **zweite prüfbare Alternative** zur Erstberatungsstelle setzt bei der Definition der ordentlichen Versicherung an. Dabei soll **das bestehende Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zukünftig als Standard gelten**. Aber auch die Versicherung mit uneingeschränkter Wahl kann mit einem entsprechenden Prämienzuschlag weiterhin gewählt werden (Opting-out). Vorteile dieser Variante gegenüber einer Erstberatungsstelle:

- Das Modell entspricht der gelebten Realität (Mehrheit der Versicherten ist bereits in solchen Modellen).
- Opting-Out ist ein Signal, dass die angestrebten Versorgungsziele auch ohne freie Wahl der Leistungserbringer erreicht werden können und die freie Wahl eine kostspielige Mehrleistung ist, welche nicht solidarisch finanziert werden muss.
- Prämienmalus statt Prämienrabatt: Die Wahlfreiheit bekäme einen Preis, der auch die realen Kostendifferenzen abbilden könnte.
- Die Berechnung der risikobereinigten Einsparung für alternative Versicherungsmodelle orientiert sich nicht weiter an einem schrumpfenden Kollektiv, sondern für die Berechnung des Prämienmalus kann die breite Masse der versicherten Personen in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer verwendet werden

Medikamente - Preismodelle und Rückerstattungen

Heute bestehen bei der Medikamentenzulassung und -preisbildung verschiedentlich Fehlanreize oder inadäquate Regulierungen, welche dazu führen, dass Medikamente in der Schweiz im Vergleich zum Ausland nach wie vor teuer sind und dass unverhältnismässige Preisvorstellungen der Industrie nicht pariert werden können.

In den kommenden Jahren dürften viele neue hochpreisige Medikamente zugelassen werden. Es stellen sich Fragen der Finanzierbarkeit und der Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Medikamentenbereich. Das aktuelle Regelwerk ist nicht darauf ausgelegt, neue Phänomene, wie z.B. die Personalisierung der Medizin, den Umgang mit mangelnder Evidenz (Unsicherheit) oder Kombinationsprodukten abzubilden. Künftige Preismodelle müssen sich auf diese Herausforderungen einstellen. Die Flexibilisierung des Preisfestsetzungssystems ist notwendig. Der vorliegende Vorschlag des Bundesrates stösst in diese Richtung. Eine gewisse Intransparenz kann bei der Flexibilisierung der Preisfestsetzung in Kauf genommen

werden, wie z.B., dass Nettopreise auf der Spezialitätenliste nicht mehr ersichtlich sind. Den Kostenträgern müssen die Nettopreise aber auf jeden Fall automatisch zur Kenntnis gebracht werden und im Idealfall auch den Leistungserbringern. Völlige Intransparenz wie im Vorschlag mit der Fondslösung ist aus Sicht der Versicherten und Prämienzahler sowie einer guten Governance keine Option und abzulehnen.

Die Modelle mittels Rückerstattung an die Krankenversicherer sind z.T. bereits erprobt (z.B.im Bereich des Off-Label-Use). Eine Ausweitung des Anwendungsbereichs dieser Modelle ist aber nur unter folgenden Bedingungen sinnvoll:

- Es sollten möglichst wenige unterschiedliche Modelle zur Anwendung kommen.
- Die Durchführung der Modelle muss für die Krankenversicherer effizient und ohne grossen administrativen Aufwand möglich sein.
- Die Modelle und die dazu gehörigen Nettopreise müssen prüfbar sein.
- Die Krankenversicherer verfügen als Kostenträger über die vollständige Transparenz über die tatsächlich geltenden Nettopreise. Im Idealfall kennen auch die Leistungserbringer die Nettopreise und können diese den Versicherern direkt in Rechnung stellen.

Die Variante des Bundesrates mit dem Fonds für Rückerstattungen ist hingegen völlig intransparent und lehnen wir ab. Erfolgt die Rückerstattung aus diesem Fonds nicht risikobereinigt, folgt daraus eine Untergrabung des Risikoausgleichs. Mit dieser Variante ist auch nicht sichergestellt, dass die Versicherten eine Kostenbeteiligung (KoBe) gemäss dem tatsächlichen, intransparenten Preis entrichten. Mit anderen Worten, die Versicherten bezahlen eine zu hohe KoBe.

Auch die Bestimmung (Art. 52c), welche in diesem Zusammenhang das Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten beschneiden will, geht zu weit ist und ist nicht im Sinne der Prämienzahlenden und der Konsumenten sowie einer guten Governance. Semitransparente Modelle mit Nettopreisen, die den Kostenträgern und Leistungserbringern bekannt gegeben werden, können auch ohne diese Bestimmung geschaffen und umgesetzt werden.

Zudem ist es der CSS ein Anliegen, dass die Krankenversicherer im Sinne der Prämienzahlenden gegen Zulassungs- oder Preisfestsetzungsentscheide des BAG eine Beschwerde führen können. Die Krankenversicherer können heute nicht im Sinne ihrer Kunden reagieren, wenn ein Medikament trotz umstrittener WZW-Kriterien in den Leistungskatalog aufgenommen wird oder einen Preis erhält, welcher als zu hoch und nicht gerechtfertigt erachtet wird. Die CSS spricht sich darum wie die Expertengruppe des Bundesrates zur Kostendämpfung dafür aus, dass bei der Medikamentenpreisfestlegung ein Beschwerderecht für die Krankenversicherer eingeführt wird (M33). Leider hat der Bundesrat gemäss erläuterndem Bericht diese Massnahme verworfen. Die CSS fordert, dass ein Beschwerderecht ohne aufschiebende Wirkung in das zweite Massnahmenpaket aufgenommen wird.

Für die ausführliche Stellungnahme und die konkreten Anträge und Vorschläge seitens CSS zu diesen und weiteren Massnahmen verweisen wir auf das Antwortformular.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Fragen steht Ihnen Matthias Schenker, Leiter Abteilung Gesundheitspolitik (matthias.schenker@css.ch), gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
CSS Versicherung

Philomena Colatrella
Vorsitzende der Konzernleitung

Matthias Schenker
Leiter Abteilung Gesundheitspolitik

Beilage: Ausgefülltes Antwortformular

curafutura
Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Bundesamt für Gesundheit

per E-Mail an: Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Bern, 18. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 laden Sie uns ein, an der oben genannten Vernehmlassung teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Die steigenden Kosten der Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und die damit einhergehende immer stärkere Belastung der Prämienzahlenden gehören zu den grössten Herausforderungen im Gesundheitswesen. Zum 2. Massnahmenpaket nimmt der Verband wie folgt Stellung.

Position curafutura

curafutura lehnt das vorliegende 2. Massnahmenpaket ab. Mit den bürokratischen Vorstellungen des Bundesrats wird aus Sicht des Verbands die primäre Zielsetzung des Pakets, die Kostendämpfung, verfehlt: Die vorgesehenen Anpassungen im KVG schränken den nutzenorientierten Wettbewerb ein, verschlechtern die Rahmenbedingungen für Innovation zu Ungunsten der Versicherten, schwächen die Tarifpartnerschaft und läuten die Verstaatlichung des Gesundheitswesens ein.

curafutura setzt sich dafür ein, dass auch weiterhin ein guter Zugang zum System gewährleistet ist. Das heutige Gesundheitssystem gibt den Tarifpartnern eine starke Rolle. Die nun vorgeschlagenen Massnahmen beinhalten aus Sicht des Verbands zu viele Steuerungs- statt Kostendämpfungselemente, die dieser Prämisse zuwiderlaufen. Seit seiner Einführung hat das KVG immer mehr Regulierung und mehr «subsidiäre Kompetenzen» des Bundesrats erfahren. Dass sich die Kompetenzen Schritt für Schritt von den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Krankenversicherer) hin zur Verwaltung verschieben, lehnt curafutura dezidiert ab.

Der Verband anerkennt den Handlungsbedarf, fordert jedoch Kostendämpfungsmassnahmen, die mit dem regulierten Wettbewerb im Sinne des KVG vereinbar sind. Statt der im Rahmen des 1. und 2. Massnahmenpakets vorgeschlagenen umfassenden Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), müssen die aktuellen Rahmenbedingungen verbessert und die geltenden Regelungen konsequent durchgesetzt werden.

curafutura
Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Begründung

Integrierte Versorgung stärken ohne Innovationen zu verhindern

Die vorgeschlagene Machtverschiebung zeigt sich unter anderem beim vorgesehenen Eingriff bei den alternativen Versicherungsmodellen (AVM). Die Einführung einer für alle Versicherten verbindlich von den Kantonen bewilligten Anlaufstelle lehnt curafutura dezidiert ab.
Mit dem vorgesehenen doppelten Obligatorium schränkt der Bundesrat sowohl die Freiheiten der Versicherten und der Leistungserbringer als auch den Wettbewerb bei den AVM ein. Faktisch wird die freie Arztwahl damit abgeschafft. Die Krankenversicherer haben mit den Leistungserbringern funktionierende Modelle eingeführt, die weiterentwickelt und gefördert werden müssen. Bereits heute haben sich rund dreiviertel der Versicherten freiwillig für ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers entschieden. Zudem wird möglicher Spielraum in der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle behindert. Das ist kontraproduktiv, denn mit diesen kann die Behandlungsqualität, insbesondere bei Personen mit Mehrfacherkrankungen, nachweislich verbessert werden. Eine gut koordinierte Patientenbetreuung wirkt kostensparend, da unnötige Behandlungen und Spitalaufenthalte vermieden werden. Die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen zur Umsetzung durch die Versicherer anhand der besonderen Versicherungsformen (Art. 62 KVG) sind aus Sicht des Verbands ausreichend.

Auch einer umfassenden bundesrätlichen Festlegung der Minimalstandards für die Zusammensetzung von Netzwerken der koordinierten Versorgung und für die Inhalte der Verträge steht curafutura kritisch gegenüber. Die Ausgestaltung der Zusammenarbeit soll weiterhin Sache der Vertragspartner bleiben. Sie beweisen, dass sie die Angebote für AVM aus der Erfahrung heraus weiterentwickeln.

Transparenz schaffen statt Zielvorgaben einführen

curafutura erachtet es als wichtig, mehr Transparenz in der Kostenentwicklung zu schaffen und befürwortet in diesem Zusammenhang die Einführung eines Kosten- und Mengenmonitorings, welches den Druck auf alle Akteure aufrecht hält und weiter verstärkt. Das geltende Gesetz folgt einem Bottom-up-Ansatz. Die Einführung von top-down und fix definierten Zielvorgaben hätte für das KVG einen völlig neuen Charakter. Die Umkehrung des Prinzips kann zu negativen Qualitätsanreizen führen, so dass die Gefahr einer Unter- und Fehlversorgung steigt. Kantonal formulierte Zielvorgaben widersprechen ausserdem der zunehmenden interkantonalen Regionalisierung in der Versorgung.

Schweizweit fairer Wettbewerb zwischen Spitälern

Um eine echte kantonsübergreifende freie Spitalwahl und einen schweizweiten, fairen Wettbewerb zwischen den Spitälern zu gewährleisten, muss die kantonale Einschränkung im KVG gänzlich aufgehoben werden. Für ambulante Behandlungen wurde dieser Schritt bereits gemacht, das Gleiche müsste nun konsequenterweise auch für stationäre Behandlungen erfolgen, so dass alle ausserkantonalen stationären Behandlungen (auch Wahlbehandlungen) nach dem Tarif des Standortspitals vergütet werden, welches als Listenspital eines beliebigen Kantons gilt.

Versorgungssicherheit und Transparenz bei den Medikamentenpreisen

curafutura anerkennt die Wichtigkeit von Preismodellen, um der Problematik von Schaufensterpreisen adäquat zu begegnen. Der Verband setzt sich darum im Medikamentenbereich für Lösungen ein, die den Wettbewerb und die Versorgungssicherheit stärken. In allen Referenzländern gibt es bei hochpreisigen Medikamenten Listenpreise mit vertraulichen Preisen im Hintergrund; die Schweiz ist bislang eine Insel

der Preistransparenz. Aufgrund dieser Ausgangslage schlägt curafutura öffentlich zugängliche Listenpreise auf der Spezialitätenliste SL («Bruttopreise») vor. Die Tarifpartner sollen jedoch mit den effektiven Preisen («Nettopreise») abrechnen können. Sämtliche Informationen sollen für die Krankenversicherer und Leistungserbringer digital und stetig aktuell beim BAG verfügbar sein. Die vorgeschlagene Lösung der absoluten Intransparenz mittels direkter Rückvergütungen oder einer Abwicklung über die GE-KVG sowie der Ausschluss vom BGÖ widerspricht vollkommen den Prinzipien einer guten Governance und ist deshalb abzulehnen. curafutura schlägt einen einfachen Lösungsansatz mit Codierungen vor, welche in der Limitatio der Spezialitätenliste für die Leistungserbringer verpflichtend hinterlegt werden. Der Arzt muss jeweils den Code angeben, so dass die digitale Abrechnung transparent und automatisiert erfolgen kann. Damit wird eine unbürokratische Rechnungsabwicklung auf Packungsebene ermöglicht.

Sämtliche Leistungen der obligatorischen Grundversicherung, insbesondere Medikamente, sollen laufend mit dem jeweils angebrachten Instrument auf die Erfüllung der WZW-Kriterien überprüft werden müssen. Es muss sichergestellt werden, dass dem Prozess ein bindender Charakter zukommt und genügend Ressourcen für dessen Durchführung bereitgestellt werden. Ansonsten geht jährlich ein grosses und einfach realisierbares Einsparpotenzial verloren. Eine Schärfung der Preisregeln wird von curafutura im Sinne der Mo. 19.3703 Dittli («Medikamentenkosten. Es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung») ebenfalls begrüsst.

Ausserdem fordert curafutura, dass die Massnahme zum Antrags- und Rekursrecht von Krankenversicherern und Fachgesellschaften zur Spezialitätenliste in das Massnahmenpaket aufgenommen wird.

Fazit

Eine zunehmende Verschiebung der Kompetenzen weg von den Tarifpartnern hin zum Bundesrat und zur Verwaltung widersprechen den freiheitlichen Grundsätzen unseres Systems. curafutura wehrt sich gegen unnötige, nicht praktikable Reformexperimente des Bundesrats. Der Verband setzt sich stattdessen für adäquate Rahmenbedingungen und die Beseitigung der strukturellen Fehler in unserem Gesundheitswesen ein. Die gewichtigen Entscheide zur Qualität und Zulassung befinden sich aktuell in Umsetzung. Mit EFAS, Tardoc, dem Tarifbüro, dem Experimentierartikel und der Revision des Vertriebsanteils für Medikamente sind weitere wichtige Reformen mit beachtlichem Spar- und Effizienzpotential in der Pipeline. Aus Sicht von curafutura sollte der Fokus deshalb in erster Linie auf diesen zentralen Reformen unseres Gesundheitssystems liegen.

curafutura ist weiterhin offen für den Dialog mit allen Akteuren, um im Rahmen der durch das KVG gesteckten Leitplanken des regulierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen sinnvolle, tragfähige und praktikable Lösungen zur Kostendämpfung zu erreichen.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse
curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Sandra Laubscher
Stv. Direktorin
Leiterin Gesundheitspolitik

Office fédéral de la santé publique OFSP
Division Tarifs et bases
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Martigny, le 11 novembre 2020

Consultation sur la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »

Madame, Monsieur,

La lettre du 19 août du Département fédéral de l'intérieur DFI a retenu toute notre attention et nous avons l'heur de vous communiquer la prise de position du Groupe Mutuel sur l'avant-projet de loi.

Table des matières

Table des matières 1
Synthèse 2
Evaluation générale 3
Evaluation détaillée des mesures 4
1. *Introduction d'un objectif de maîtrise des coûts* 4
2. *Institution d'un premier point de contact* 4
3. *Renforcement des soins coordonnés grâce à la définition de réseaux de soins coordonnés en tant que fournisseurs de prestations distincts* 5
4. *Promotion de programmes de prise en charge des patients afin de renforcer les soins coordonnés* 6
5. *Emploi plus fréquent du système de modèles de prix et de restitutions éventuelles et extension du système aux appareils et moyens médicaux, ainsi que les analyses* 6

Groupe Mutuel

Santé® Vie® Patrimoine® Entreprise®

Votre contact: Geneviève Aguirre – Secrétariat Général
Tél. 058 758 2529
gaguirrejan@groupemutuel.ch - www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

6. *Exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix 7*
7. *Création des bases juridiques pour un examen différencié des critères EAE et pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible des analyses, des médicaments ainsi que des moyens et appareils 7*
8. *Fixation de tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré afin d'encourager la concurrence intercantonale entre les hôpitaux 7*
9. *Obligation des fournisseurs de prestations de transmettre les factures par voie électronique 8*
10. *Approche analogue ou parallèle à celle de la LAMal concernant la réglementation en vue de la conclusion de modèles de prix et de restitutions éventuelles, l'exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre de modèles de prix, la création des bases juridiques pour un examen différencié selon les critères EAE et la transmission électronique des factures 8*
11. *Données des assureurs - Mise en œuvre de l'initiative parlementaire 16.411 « Surveillance de l'assurance-maladie. Garantir la protection de la personnalité » 8*
12. *Complément de l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal par un renvoi aux prestations en cas d'infirmité congénitale, d'accidents et d'interruption de grossesse non punissable. 8*

Synthèse

En mars 2020, le Parti démocrate-chrétien (PDC), a déposé l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » demandant la mise en place d'un frein aux coûts dans le domaine de la santé. Le Conseil fédéral devait créer des incitations efficaces à la réduction des coûts, de telle sorte que l'évolution de ceux-ci dans le domaine de la santé corresponde à celle de l'économie suisse et à celle des salaires moyens. Jugeant que les mesures de maîtrise des coûts ne devaient pas être liées uniquement à l'évolution de l'économie nationale et à un indice salarial, le Conseil fédéral a élaboré un avant-projet de loi à titre de contre-projet indirect, en présentant différentes mesures dont certaines sont extraites du rapport d'expert « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins », du 24 août 2017. Ce rapport avait permis en 2018 de créer un programme de mesures visant à freiner les coûts, dont un premier volet a été transmis au Parlement en 2019.

Après analyse, le Groupe Mutuel estime que la plupart des mesures vont à l'encontre d'un système de santé libéral orienté sur le principe de la concurrence. Aussi, le Groupe Mutuel ne soutient pas une partie des mesures proposées, préférant des solutions basées sur des incitatifs, la concurrence et l'autonomie tarifaire.

Le contre-projet prévoit **10 mesures**.

1. Introduction d'un objectif de maîtrise des coûts (proposition à accepter sous réserve d'une mise en œuvre par les partenaires tarifaires)
2. Institution d'un premier point de contact (proposition à rejeter, solution alternative préférée)

Votre contact: Geneviève Aguirre – Secrétariat Général
Tél. 058 758 2529
gaguirrejan@groupemutuel.ch - www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

3. Renforcement des soins coordonnés grâce à la définition de réseaux de soins coordonnés en tant que fournisseurs de prestations distincts (proposition à rejeter, solution alternative préférée)
4. Promotion de programmes de prise en charge des patients afin de renforcer les soins coordonnés (proposition à rejeter)
5. Emploi plus fréquent du système de modèles de prix et de restitutions éventuelles et extension du système aux appareils et moyens médicaux, ainsi que les analyses (proposition à rejeter, solution alternative préférée)
6. Exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix (proposition à rejeter)
7. Création des bases juridiques pour un examen différencié des critères EAE et pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible des analyses, des médicaments ainsi que des moyens et appareils (proposition à accepter)
8. Fixation de tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré (proposition à accepter)
9. Obligation des fournisseurs de prestations de transmettre les factures par voie électronique (proposition à accepter)
10. Approche analogue ou parallèle à celle de la LAMal concernant la réglementation en vue de la conclusion de modèles de prix et de restitutions éventuelles, l'exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre de modèles de prix, la création des bases juridiques pour un examen différencié selon les critères EAE et la transmission électronique des factures (sans commentaire)

Deux propositions supplémentaires « hors catalogue » s'ajoutent. La première (données des assurés) est une conséquence de l'application du système de l'objectif des coûts, qui nécessite un transfert de données à l'OFSP ; la seconde (maternité) n'est pas une mesure destinée à maîtriser les coûts. Elle a été insérée afin de préciser les prestations pour lesquelles l'assurée est exemptée de la participation aux coûts.

11. Mise en œuvre de l'initiative parlementaire 16.411 « Surveillance de l'assurance-maladie. Garantir la protection de la personnalité » (proposition à rejeter)
12. Complément de l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal par un renvoi aux prestations en cas d'infirmité congénitale, d'accidents et d'interruption de grossesse non punissable (sans commentaire)

Evaluation générale

Le Groupe Mutuel salue par principe toutes mesures propres à contenir les coûts, à augmenter la qualité de prise en charge des patients, et qui sont dans l'intérêt des payeurs de primes et d'un système de santé libéral.

Malheureusement, l'analyse du projet montre qu'une bonne partie des mesures proposées vont à l'encontre d'un système de santé libéral orienté sur le principe de la concurrence. Certaines sont très bureaucratique et leur mise en application paraît difficile, voire impraticable ; d'autres augmentent la compétence de l'Etat. Elles vont souvent à l'encontre des intérêts des assurés qui perdent leur liberté de choix en matière de prestataires et de modèles d'assurances (dont la variété pourrait se restreindre), au profit d'un modèle uniforme étatique.

Votre contact: Geneviève Aguirre – Secrétariat Général
Tél. 058 758 2529
gaguirrejan@groupemutuel.ch - www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

En outre, pour la mesure « objectif de maîtrise de coûts », une méthode « top down » a été choisie avec des modalités d'application lourdes, voire peu (ou pas) praticables ; le rôle des partenaires tarifaires est réduit au strict minimum. Dans le cadre du premier point de contact, on ne met pas seulement un frein à l'innovation et l'évolution technologique, mais aussi à la liberté entrepreneuriale de l'assureur en matière de développement des produits d'assurance ainsi qu'au libre choix des assurés. En dernier, le modèle de rémunération peut créer de mauvais incitatifs.

Pour contenir les coûts, le Groupe Mutuel préfère des solutions basées sur des incitatifs, la concurrence et l'autonomie tarifaire.

Evaluation détaillée des mesures

1. Introduction d'un objectif de maîtrise des coûts

Proposition à accepter sous réserve d'une mise en œuvre par les partenaires tarifaires

Le Groupe Mutuel est favorable sur le principe à l'introduction de mesures destinées à maîtriser les coûts, pour autant que celles-ci soient convenues par les partenaires tarifaires.

La mesure telle que proposée aux articles 54 à 54e ap-LAMal représente une ingérence étatique forte dans le fonctionnement de la LAMal. Elle est par ailleurs compliquée, voire même impraticable et augmente de façon disproportionnée la charge administrative. D'autre part, l'expérience montre que dans les cantons qui travaillent déjà avec le système de budget global, peu d'effets positifs sur les coûts de l'AOS et sur les primes ont été constatés. En dernier, le système favorise cloisonne la réflexion au niveau des groupes de coûts ou des cantons en particuliers, et ne favorise pas le développement des principes transversaux (par ex. « primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire »).

Le Groupe Mutuel privilégie ainsi la mesure de gestion des coûts prévue à l'article 47c du premier volet des mesures de maîtrise des coûts. Celui-ci prévoit d'introduire pour les partenaires tarifaires, dans le cadre des conventions dont la validité s'étend à toute la Suisse, l'obligation de s'accorder sur des mesures de gestion des coûts dans les domaines pour lesquels ils doivent fixer les tarifs et les prix.

2. Institution d'un premier point de contact

Proposition à rejeter, solution alternative préférée

Le Groupe Mutuel n'est pas favorable à la mesure telle que proposée, pour plusieurs raisons : elle restreint les modèles alternatifs sur le marché qui ont fait leurs preuves et dont certains sont plus économiques ; elle représente un frein l'évolution technologique et à l'innovation ; elle ne tient pas compte de l'insuffisance du nombre de médecins disponibles pour assurer ce rôle.

Le projet de disposition vise à ce que l'ensemble des assurés soit assuré dans le cadre d'un modèle alternatif. Aujourd'hui il existe une multitude de produits de type « modèle à choix limité », qui ont fait leurs preuves, puisqu'une majeure partie de la population y est déjà assurée. La solution proposée uniformise ces modèles et limite inutilement l'assuré dans son choix.

Votre contact: Geneviève Aguirre – Secrétariat Général
Tél. 058 758 2529
gaguirrejan@groupemutuel.ch - www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

Le modèle de rémunération du premier point de contact tel que proposé est lié à de multiples mauvais incitatifs (p.ex. sélection des risques par les prestataires de soins, problèmes au niveau de la qualité de la prise en charge du patient, etc.) qui potentiellement peuvent diminuer d'une manière considérable le potentiel d'économie des coûts.

Solution alternative

Le Groupe Mutuel estime qu'il est important d'encourager les assurés à choisir les modèles alternatifs, non par obligation, mais par la mise en place d'incitatifs et d'assouplissements propres à augmenter l'attractivité de ces modèles.

Dans ce contexte, on pourrait imaginer que le modèle de type « médecin de famille » devienne le modèle par défaut au lieu du modèle standard actuel et servirait de base pour le calcul des rabais. L'actuel modèle standard deviendrait un modèle à choix (plus cher) pour l'assuré qui souhaiterait n'avoir aucune limite en matière de choix de prestataire de soins.

L'évolution technologique en perpétuel progrès doit aussi être prise en compte, comme facteur d'économicité et de création de nouvelles solutions. Actuellement, certains modèles d'assurance prévoient déjà un triage des patients effectué par des applications électroniques. Exiger que le triage soit effectué uniquement par des médecins aboutirait à la disparition de ces modèles d'assurance économiques, qui ont fait leur preuve.

L'introduction d'un système de triage généralisé nécessite également que d'autres prestataires puissent assurer ce rôle, attendu que le nombre de médecins n'est pas suffisant pour l'assumer et couvrir toute la population (de nombreuse personnes ne disposent actuellement pas d'un médecin de famille et se rendent directement au service d'urgence des hôpitaux pour se faire soigner).

3. Renforcement des soins coordonnés grâce à la définition de réseaux de soins coordonnés en tant que fournisseurs de prestations distincts

Proposition à rejeter, solution alternative préférée

Le Groupe Mutuel ne soutient pas la mesure telle que présentée, car elle ne permet pas de créer la concurrence nécessaire entre les réseaux de soins susceptible de faire baisser les coûts. Elle freine également les prestataires, qui souhaiteraient s'organiser en réseau de soins, à utiliser des outils innovateurs et économiques en matière de soins. Par ailleurs, le système de facturation unique complique l'examen de l'économicité des factures, puisque les prestataires concernés ne sont plus aisément identifiables.

Solution alternative

Le Groupe Mutuel estime que le système de réseau de soins est un système avantageux pour l'assurance-maladie sociale, dans la mesure où il se fonde sur la liberté entrepreneuriale qui instaure une concurrence entre les réseaux et aboutit au final à une réelle économie des coûts.

Votre contact: Geneviève Aguirre – Secrétariat Général
Tél. 058 758 2529
gaguirrejan@groupemutuel.ch - www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

Actuellement, les réseaux de soins s'organisent librement et ne sont pas des prestataires reconnus de l'AOS. Ces structures ont néanmoins fait leur preuve et ont pu s'établir. Des accords entre les partenaires tarifaires ont été trouvés.

4. Promotion de programmes de prise en charge des patients afin de renforcer les soins coordonnés

Proposition à rejeter

Le Groupe Mutuel se déclare opposé à la mesure proposée, attendu qu'elle instaure une médecine étatique. Les programmes de soins doivent pouvoir être organisés par les praticiens, sans intervention de l'Etat. Le Groupe Mutuel relève par ailleurs que les programmes de prise en charge des patients sont susceptibles d'augmenter au final les volumes de prestations du fait que les praticiens compensent les actes qu'ils ont dû déléguer à d'autres prestataires de soins.

5. Emploi plus fréquent du système de modèles de prix et de restitutions éventuelles et extension du système aux appareils et moyens médicaux, ainsi que les analyses

Proposition à rejeter, solution alternative préférée

Le Groupe Mutuel se déclare opposé à la mesure proposée. Il rejette également l'extension de l'usage des modèles de prix aux analyses, appareils et moyens médicaux.

Solution alternative

Actuellement, les modèles de prix sont déjà pratiqués. L'expérience montre qu'ils occasionnent des coûts administratifs importants, notamment en ce qui concerne les démarches à accomplir pour récupérer le rabais promis. Le système des prix fixe est donc à préférer.

Le Groupe Mutuel estime que le système de modèle de prix doit rester l'exception et ne concerner que les maladies rares et les maladies les plus graves. Un modèle de prix devrait être utilisé uniquement pendant une période transitoire et être réévalué régulièrement afin de passer au système usuel de prix fixe. D'autre part, l'opacité qui entoure la fixation des prix n'est pas acceptable dans la mesure où cela renforce la position dominante de l'industrie pharmaceutique.

L'assurance-maladie sociale prévoit un système de transparence des prix et de contrôle régulier. Il n'est pas cohérent que les médicaments soient traités de façon différente pour des motifs d'approvisionnement sanitaire. Quiconque veut régler des comptes aux frais d'une assurance sociale doit en contrepartie respecter une transparence maximale.

Dans ce sens, le Groupe Mutuel estime que les propositions d'amélioration de Monsieur Prix (cf. « Neue, teure Medikamente und Therapien – Verbesserungen der Regulierung im Dienste der Patientinnen und Patienten sind nötig", juillet 2020) devraient être suivies.

- Collaboration internationale renforcée, avec un échange de données accru entre les autorités, destinée à renforcer la position des assurances sociales vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.
- Transparence du prix net.

Votre contact: Geneviève Aguirre – Secrétariat Général
Tél. 058 758 2529
gaguirrejan@groupemutuel.ch - www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

- Amélioration des critères actuels de détermination des prix (introduction du principe d'économicité, révision annuelle de prix de tous les médicaments, introduction d'un droit de recours pour les assureurs et les organisations de patients).
- Transparence des modèles de prix.

Au vu de ce qui précède, le Groupe Mutuel estime que, dans la mesure où une base légale spécifique est créée, elle doit indiquer les conditions d'une stricte utilisation du système de modèles de prix (caractère provisoire).

6. Exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix

Proposition à rejeter

En relation avec les modèles de prix, le projet prévoit que l'accès aux documents officiels prévu selon la LTrans soit supprimé, de sorte que des négociations secrètes de rabais pour les médicaments ou autres dispositifs médicaux soient toujours possibles. Pour le Groupe Mutuel, la transparence est un atout précieux qui ne doit pas être sacrifié à la légère. Nous rejetons donc cette mesure.

7. Création des bases juridiques pour un examen différencié des critères EAE et pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible des analyses, des médicaments ainsi que des moyens et appareils

Proposition à accepter

Le Groupe Mutuel est favorable sur le principe. Toutefois, à la fin, des contrôles rigoureux et efficaces doivent être mis en place. L'OFSP doit pouvoir se concentrer sur les nouvelles thérapies et les nouveaux médicaments.

Le Groupe Mutuel estime en outre que les critères EAE doivent être opérationnalisés (et décrits) de façon claire, précise et systématique, afin d'être appliqués de façon uniforme pour toutes les procédures d'évaluation et de réévaluation des technologies médicales. Les avantages sont les suivants :

- transparence (pour les fabricants, les assurés et les assureurs) ;
- sécurité juridique : les critères sont les mêmes lors des procédures d'évaluation et de réévaluation ;
- légitimité : des critères clairs permettent de mieux justifier et de faire accepter les décisions ;
- efficacité : cela pourrait permettre de standardiser certains éléments de l'évaluation.

8. Fixation de tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré afin d'encourager la concurrence intercantonale entre les hôpitaux

Proposition à accepter

Le Groupe Mutuel se déclare en faveur de cette mesure, car elle favorise la concurrence inter-cantonale entre hôpitaux et est susceptible d'influencer la planification cantonale. Toutefois, cette mesure en elle-même pourrait s'avérer inutile si les cantons peuvent fixer des tarifs de référence particulièrement bas dans un but protectionniste.

Votre contact: Geneviève Aguirre – Secrétariat Général
Tél. 058 758 2529
gaguirrejan@groupemutuel.ch - www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

9. Obligation des fournisseurs de prestations de transmettre les factures par voie électronique

Proposition à accepter

Le Groupe Mutuel salue cette mesure qui permet une gestion plus efficace.

10. Approche analogue ou parallèle à celle de la LAMal concernant la réglementation en vue de la conclusion de modèles de prix et de restitutions éventuelles, l'exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre de modèles de prix, la création des bases juridiques pour un examen différencié selon les critères EAE et la transmission électronique des factures

Le Groupe Mutuel n'a pas de commentaire à formuler.

11. Données des assureurs - Mise en œuvre de l'initiative parlementaire 16.411 « Surveillance de l'assurance-maladie. Garantir la protection de la personnalité »

Proposition à rejeter

Cette disposition est introduite afin de permettre la mise en œuvre les objectifs en matière de coûts (cf. art. 54 à 54e ap-LAMal).

L'initiative parlementaire 16.411 est actuellement en examen devant les Chambres fédérales, il est donc nécessaire d'attendre le résultat du processus parlementaire en cours.

12. Complément de l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal par un renvoi aux prestations en cas d'infirmité congénitale, d'accidents et d'interruption de grossesse non punissable.

Le Groupe Mutuel n'a pas de commentaire à formuler.

Nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel Services SA

Dr Thomas J. Grichting
Directeur

Geneviève Aguirre
Experte Senior

Votre contact: Geneviève Aguirre – Secrétariat Général
Tél. 058 758 2529
gaguirrejan@groupemutuel.ch - www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

santésuisse | Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Dr. Christoph Kilchenmann
Direktwahl: +41 32 625 4298
Christoph.Kilchenmann@santesuisse.ch

Solothurn, 19. November 2020

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» Stellung nehmen zu können.

santésuisse begrüsst Massnahmen, die im Interesse der Prämienzahler sind, die Behandlungsqualität erhöhen und das Kostenwachstum im Gesundheitswesen bremsen. Ebenso begrüsst santésuisse das Bestreben des Bundesrates, mit kostendämpfenden Massnahmen dem stetigen Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzutreten. Die in der Vorlage vorgeschlagenen Änderungen haben aber lediglich einen geringen oder keinen Kostendämpfungseffekt.

Kostendämpfungsmassnahmen müssten sich zudem stärker an den Grundsätzen des wettbewerblichen Gesundheitssystems orientieren. Verschiedene der vorgeschlagenen Massnahmen haben eine ausgesprochen bürokratische und durch eine starke Steuerung durch den Bund geprägte Ausgestaltung. Wenn immer möglich, sollten Lösungen vorgezogen werden, die für das Ziel der Kostendämpfung auf bessere Anreize, Wettbewerb, Vertragsfreiheit und dezentrale Entscheidungen setzen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

1. Einführung einer Zielvorgabe

Kostenziele sind grundsätzlich zu unterstützen, aber zentrale staatliche Vorschriften sind abzulehnen

Das Ziel, dass die Kosten gesenkt respektive das Wachstum gedämpft werden müssen, ist unbestritten und zu unterstützen. Die vorgeschlagene Einführung einer Zielvorgabe entspricht allerdings einem Top-down-Ansatz, welcher für santésuisse nicht die optimale Variante darstellt.
Die vorgeschlagene Form der Festlegung von Kostenzielen (Art. 54 sowie Art. 54a bis 54d) lehnen wir deshalb ab. Wir befürchten, dass die Festlegung der Kostenziele schwer umzusetzen ist. Das beschriebene Verfahren ist kompliziert, zudem sind die Kompetenzen und die Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit nicht geregelt. Unklar ist im vorgeschlagenen Modell auch, wie die Leistungserbringer diese Ziele konkret umsetzen sollen. Gibt es Sanktionen, wenn sich ein einzelner Leistungserbringer nicht an die Vorgaben hält? Zu beachten wäre auch, dass sich erzwungene Tarifsenkungen oftmals mit Mengenausdehnung kompensieren lassen.

Die Interessen der Prämienzahler müssen im Zentrum stehen, der Nutzen für die Prämienzahler muss stärker berücksichtigt werden. Wir schlagen folgende Alternativen vor, die geeignet sind, das Ziel der Kostendämpfung auf eine liberale und partnerschaftliche Art zu erreichen:

- Die im ersten Massnahmenpaket des Bundes vorgeschlagene Kostensteuerung über von den Tarifpartnern ausgehandelte Tarifverträge entspricht viel stärker dem Grundgedanken der partnerschaftlichen Vorgehensweise. santésuisse unterstützt dieses Modell als Alternative zu den Top-down-Zielvorgaben. Der Bundesrat wäre nur bei gesamt-schweizerischen Tarifverträgen für die Genehmigung und damit für die Sicherstellung der Kostensteuerung zuständig.
- Um den politischen Druck auf die Leistungserbringer zu erhöhen, unterstützen wir auf nationaler Ebene eine neue, zum Zweck einer generellen Zieldefinition eingesetzte ausserparlamentarische Kommission. Diese würde auf der Basis eines nationalen Leitungs- und Kostenmonitorings für die Kantone und die Fachgebiete Kostenziele vorschlagen und die Zielerreichung evaluieren. Bereiche, die von der Kommission aufgrund eines nicht erklärbaren oder überdurchschnittlichen Wachstums identifiziert wären, müssten systematisch analysiert werden. Die Kommission könnte spezifische Massnahmen zur Eindämmung des Wachstums in diesen Bereichen vorschlagen. Durch eine sinnvolle branchenübergreifende Aufstellung und die nationale Aufhängung dieser Kommission erfolgt ein medialer und politischer Druck auf die Angebotsplanung und die betroffenen Leistungserbringer.

2. Einführung einer Erstberatungsstelle

santésuisse lehnt die obligatorische Erstberatung ab

Die Wahlfreiheit für die Versicherten ist ein wichtiges Gut, welches nicht ohne Not aufgegeben werden soll. Die freie Arztwahl und die Wahl des präferierten Versicherungsmodells sollen auf Wunsch weiterhin möglich sein. Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sind aber schon heute ein Erfolgsmodell für die Mehrheit der Versicherten und sollen deshalb künftig zum Standard erklärt werden. Diese Modelle beruhen im Kren auf Freiwilligkeit der Akteure, was ein Garant für den Erfolg der Modelle ist. Zudem führt die vorgesehene «Pauschale pro versicherte Person» zu zusätzlichen Kosten, was dem Kostensparziel diametral widerspricht!
Heute bieten die Krankenversicherer den Prämienzahlenden alternative Versicherungsmodelle zum Standardmodell an, die einen Erstzugang zu medizinischen Behandlungen, beispielsweise mittels telefonischer Beratung, ermöglichen. Die Definitionen im gesamten Art. 40a sind allerdings äusserst statisch und unflexibel und schränken nicht nur die Patienten in ihrer Wahlfreiheit stark ein. Auch die alternativen Versicherungsmodelle

der Versicherer werden durch die starren Vorgaben erschwert, wenn nicht verunmöglicht. Insbesondere durch die rigide Definition der Erstberatungsstelle und die umfassenden Kompetenzen für Bund und Kantone wird jegliches wettbewerbliche Element ausgebremst.

Alternativvorschlag santésuisse

- Jeder Versicherer bietet ein Gatekeeping-Modell an, welches eine Erstberatungsstelle standardmässig definiert. Die Versicherer sind aber in der Ausgestaltung dieses Gatekeeping-Modelles frei. Wichtig ist: Patient und Gatekeeper sind freiwillig im Gatekeeping-Modell, weil sie darin für sich selbst einen Nutzen gegenüber anderen Modellen sehen. Auf diesem jeweiligen Gatekeeping-Modell würde neu die Standardprämie berechnet, und dieses würde zum neuen Standardmodell für die Versicherten des jeweiligen Versicherers erklärt. Gleichzeitig wäre die maximale Rabattspanne zu erweitern. Für Versicherte, die die freie Wahl der Leistungserbringer weiterhin vorziehen, wäre ein entsprechendes Modell weiterhin möglich, sofern die dadurch entstehenden Zusatzkosten über eine entsprechend höhere Prämie auf sie überwälzt werden könnten. Das «alte» Standard-Modell wird somit zu einem alternativen teureren Versicherungsmodell. Es wäre gleichzeitig ein Signal an die Versicherten, dass die freie Wahl nicht zum Nullpreis zu haben ist.

3. Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer

Ja zu Netzwerken als eigene Leistungserbringer, nur mit Vertrag mit den Versicherern

santésuisse begrüsst Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung. Neu sollen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer definiert werden. Die Effizienz der Leistungserbringungen kann in Netzwerken erhöht und die Gefahr von Doppel- und Mehrfachbehandlungen eingegrenzt sein. Allerdings sind Netzwerke nicht per se effizient – in einem schlecht organisierten Netzwerk kann auch ineffizient oder doppelspurig gearbeitet werden, es ist auch nicht ausgeschlossen, dass hohe Gewinne abgeführt werden. Die gegenseitige Zuweisung, wie sie innerhalb eines Netzwerks möglich ist, kann auch kostentreibend sein. Um Mengenausweitungen oder Exzesse zu verhindern, sind zwingend Vertragslösungen mit den Krankenversicherungen vorzusehen. Nur so kann eine Kontrolle sichergestellt werden. Netzwerke können beispielsweise in alternativen Versicherungsmodellen zum Zug kommen.

4. Förderung von Programmen der Patientenversorgung

Kein Regulierungsbedarf vorhanden

Strukturierte Behandlungsprogramme mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer über den ganzen Betreuungsprozess können in vielen Fällen die Behandlung von chronisch Kranken zielgerichteter sicherstellen. Solche Programme sind aber schon heute möglich. Es gibt keinen zusätzlichen Regulierungsbedarf. Die weitergehende gesetzliche Verankerung könnte zu Mengenausweitungen und damit verbunden zu Mehrkosten ohne ausgewiesenen Nutzen führen. Aus diesen Gründen sieht santésuisse hier keinen Handlungsbedarf.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

5. Preismodelle, Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten

Kein Regulierungsbedarf für bestehende Modelle, dafür Pay-for-Performance bei hochpreisigen Medikamenten vorschreiben

Preismodelle sollen einen raschen und möglichst kostengünstigen Zugang zu innovativen, teuren Arzneimitteln und Therapien ermöglichen. Rückerstattungen an die Versicherer basieren beispielsweise auf der Indikation, dem Umsatzvolumen oder der Wirkung. Bereits heute existieren zahlreiche Modelle, die für die Versicherer mit hohen Vollzugskosten einhergehen. Eine gesetzliche Verankerung birgt die Gefahr, dass Preismodelle für immer mehr Medikamente anstelle eines einfachen, kostengünstigen Fixpreises (für alle Indikationen) eingeführt werden. Die Notwendigkeit der neuen Regulierung ist nicht ersichtlich.

Im Zusammenhang mit den Preismodellen soll der Zugang gemäss dem Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung zu amtlichen Dokumenten verweigert werden, damit nach wie vor geheime Rabattverhandlungen von Arzneimitteln oder weiteren Medizinprodukten möglich sind. Für santésuisse ist die Transparenz ein hohes Gut, das nicht leichtfertig geopfert werden sollte. Daher lehnen wir diese Massnahme ab.

Alternativvorschlag santésuisse:

- Der Zugang zu neuen hochpreisigen Medikamenten bei seltenen Erkrankungen ist heute oftmals unzureichend geregelt, namentlich wenn bezüglich der Wirkung noch wenig Evidenz herrscht. Es muss verhindert werden, dass die soziale Krankenversicherung für unwirksame Therapien aufkommt. Gesetzlich sollte daher verankert werden, dass bei hohen Jahrestherapiekosten (50‘000 Franken oder mehr) die Versicherung nur bei ausgewiesener Wirkung für die Therapien aufkommen muss.

6. Differenzierte WZW-Prüfung

santésuisse unterstützt diese Massnahme. Die WZW-Prüfung soll je nach Art der Leistung zu verschiedenen Zeitpunkten und mit unterschiedlicher Häufigkeit erfolgen. Damit wird ermöglicht, dass insbesondere bei teuren und neuen Arzneimitteln eine regelmässige und unterschiedlich detaillierte Überprüfung stattfinden kann, während dies bei sehr günstigen Medikamenten nicht sinnvoll wäre. Damit kann auf die verschiedenen Anforderungen der Prüfung von Leistungen gemäss Artikel 31 Absatz1 KVG Rücksicht genommen werden.

7. Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern

santésuisse unterstützt die Massnahme grundsätzlich. Die Herausforderung besteht darin, dass diverse Kantone Protektionismus mit sehr tiefen Referenztarifen betreiben.

8. Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur digitalen Rechnungsübermittlung

santésuisse unterstützt die Massnahme. Anzumerken ist, dass der Begriff „elektronisch“ sehr weit ausgelegt werden kann. Wir empfehlen daher, stattdessen den Begriff „digital“ zu verwenden. Der Versand von Rechnungen in Papierform sollte zudem vermieden werden. Zu beachten ist zu-

dem, dass im Tiers Garant die versicherte Person Schuldner ist und deshalb kann nicht in jedem Fall die Rechnung digital zugestellt werden. Sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Versicherer sind entsprechende Patienten- respektive Kunden-Onlineportale zu schaffen.

9. Daten der Versicherten

santésuisse lehnt eine weitergehende Datenlieferung, namentlich von Individualdaten, an die Behörden ab. Zudem soll dem Projekt des Parlaments (16.401 Pa.Iv. Eder «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung») nicht vorgegriffen werden. Eine weitergehende Datenlieferung ist nicht verhältnismässig.

10. Kostenbeteiligung während der Schwangerschaft und nach Niederkunft

santésuisse begrüsst die Präzisierung auf Ebene der Gesetzgebung, bei welchen Leistungen bei Schwangeren die Kostenbeteiligung entfällt. Letztlich ist allerdings sachlich schwer zu begründen ist, weshalb auch Leistungen bei einem Unfall sowie bei Geburtsgebrechen von der Kostenbeteiligung befreit sein sollen. Dies führt zu weiteren Ungleichbehandlungen, einerseits zwischen schwangeren und nicht-schwangeren Versicherten, andererseits aber auch zwischen Schwangeren mit ordentlicher Franchise und solchen mit Wahlfranchise, die trotz stark unterschiedlicher Prämie weitgehend dieselbe Versicherungsdeckung haben. Gerade im Rahmen eines Kostendämpfungspakets ist eine übermässige Ausdehnung der Leistungspflicht nicht angebracht.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	I		
	Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		
	Ersatz von Ausdrücken [1] In Artikel 7 Absatz 2 wird «Bundesamt für Gesundheit (Bundesamt)» ersetzt durch «Bundesamt für Gesundheit (BAG)». [2] In Artikel 18 Absatz 1 wird «das Departement» ersetzt durch «das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)». [3] In den Artikeln 20 Absatz 2, 33 Absatz 5, 40 Absatz 1, 52 Absatz 1 Buchstabe a und 61 Absatz 2bis wird «Departement» ersetzt durch «EDI». [4] In den Artikeln 20 Absatz 3, 33 Absatz 5, 98 Absatz 1, 99 Absätze 1 und 2 sowie 105a Absatz 3 wird «Bundesamt» ersetzt durch «BAG». [5] In Artikel 59a Absatz 3 wird «Bundesamt für Gesundheit» ersetzt durch « BAG».		Einverstanden, keine Bemerkungen.
Art. 18	**Art. 18**	**Art. 18**	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
2septies Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004.	2septies Sie führt folgende Fonds: a. den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004; b. <u>einen Fonds für die Rückerstattungen nach Artikel 52b.</u>	2septies Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004.	santésuisse lehnt Art. 52b ab, insbesondere die Rückerstattung durch die gemeinsame Einrichtung. Es ist daher nicht nötig, Art. 18 Abs. 2septies mit lit. b zu ergänzen.
	4. Abschnitt: Datenweitergabe und Statistiken		
	Art. 21 Daten der Versicherten 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben.	**Art. 21 Daten der Versicherten** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG *<u>jährlich</u>* ~~regelmässig~~ die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. *<u>Das BAG hat den Versicherern den konkreten Zweck der Datenlieferung vorgängig bekanntzugeben.</u>*	Der Artikel wird derzeit vom Parlament im Rahmen der Pa.Iv. Eder (16.411 «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung») beraten. santésuisse unterstützt im Wesentlichen die Formulierung, der der Nationalrat in der Herbstsession 2020 zugestimmt hat. Für die detaillierte Begründung verweisen wir auf unsere Stellungnahme im Rahmen der Konsultation dieser Initiative. Es muss zu Beginn des Artikels grundsätzlich festgehalten werden, wie häufig die Versicherer dem BAG Daten liefern müssen sowie dass das BAG den Zweck der Datenerhebungen vorgängig bekannt gibt. Damit soll verhindert werden, dass die Daten wahllos und auf Vorrat erhoben werden. Eine jährliche Datenerhebung ist ausreichend und vermeidet unnötige Umtriebe bzw. Administrationskosten der Versicherer.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	[2] Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:	[2] Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen *Kategorien von* Leistungserbringern und für jede dieser *Kategorien* jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. ~~Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:~~ *Das Bundesamt berücksichtigt vor Erhebung der Daten beim Versicherer bestehende Datenbestände bei Dritten.*	Für die allermeisten Zwecke sind aggregierte Daten ausreichend. Der administrative Aufwand ist möglichst klein zu halten. Daher sind, wenn immer möglich, zuerst die bereits verfügbaren Statistiken und Datenquellen zu nutzen, wie es den Datenbeschaffungsgrundsätzen gemäss Art. 4 des Bundesstatistikgesetzes entspricht. Demnach sind Daten zuerst bei anderen Stellen zu erheben, sofern sie dort verfügbar sind (Indirekterhebung). Die Erhebung von Individualdaten sollte in einem eigenen Absatz und als klare Ausnahmebestimmung formuliert werden (vgl. unten Abs. 2[bis]). Daten sind zudem pro Leistungserbringerkategorie zu liefern. Die Überprüfung der einzelnen Leistungserbringer ist Aufgabe der Versicherer (Wirtschaftlichkeitsverfahren). Ihre rechtliche Ausgestaltung als Selbstverwaltungsträger ist zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass sie ihre Aufgaben mit eigenen technischen, personellen und finanziellen Mitteln zu lösen haben.
		Die Daten dienen:	
	a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;	a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer*kategorie* sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;	
	b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungender und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;	b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen~~der~~ und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;	orthographische Korrektur
	c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;	~~c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;~~	Die Datenerhebung zum Zwecke der Evaluation des Risikoausgleichs ist terminologisch und inhaltlich bereits in lit. b enthalten und kann weggelassen

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			werden. Überdies sind diese Daten grundsätzlich nicht bei den Krankenversicherern zu erheben, sondern bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Anderweitige Daten werden zur Evaluation des Risikoausgleichs nicht benötigt.
	d. zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.	d. zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.	Es ist sinnvoll, dass der Bund diejenigen Daten erhält, die er benötigt, um die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und der MiGeL-Produkte zu verbessern, da dort die Preisbestimmung per Amtstarife erfolgt.
		2bis Der Bundesrat kann ausnahmsweise und zu einem klar deklarierten Zweck vorsehen, dass die Daten pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 2 genügen, die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind und bei den Krankenversicherern in strukturierter Form vorhanden sind. Er beachtet dabei den Grundsatz der Verhältnismässigkeit. Das BAG sorgt dafür, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Die Krankenversicherer sind dazu vorgängig anzuhören.	Bei Individualdaten handelt es sich um besonders schützenswerte Daten, deren Erhebung und Weitergabe besondere Umsicht und Zurückhaltung erfordert. Die Erhebung von Individualdaten bei den Versicherern sollte vom Bundesrat daher nur in Ausnahmefällen und mit klaren Angaben des Zweckes vorgesehen werden. Dabei muss der Grundsatz gelten, dass konkret geprüft wird, ob die Informationen nicht auch anderswie beschafft werden können.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	[3] Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.	[4] *Es stellt die erhobenen Daten den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.*	Einverstanden. Die Verantwortung für die Anonymität der Versicherten obliegt dem BAG. Datenerhebungen sind mit einem grossen Aufwand für die Datenlieferanten verbunden. Ein Datenfriedhof ist unbedingt zu vermeiden. Die Daten müssen allen Interessierten zugänglich sein, soweit keine Rückschlüsse auf einzelne Versicherte möglich sind.
Art. 23	**Art. 23 Statistiken**		Keine Bemerkung.
Art. 25 [2] Diese Leistungen umfassen: h. die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.	**Art. 25** [2] Diese Leistungen umfassen: h. die folgenden Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen: 1. Leistungen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln, 2. Leistungen, die in Programmen nach Buchstabe i durchgeführt werden. i. Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.	**Art. 25** [2] Diese Leistungen umfassen: h. die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.	In diesem Zusammenhang besteht kein weiterer Regulierungsbedarf, weshalb Art. 25 Abs. 2 lit. h Ziff. 2 und lit. i zu streichen sind (vgl. die Begründung unten bei Art. 33 Abs. 3$^{bis)}$. Ablehnung der Änderung.
Art. 32 Voraussetzungen [1] Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmäs-	**Art. 32 Voraussetzungen** [1] Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmäs-		Einverstanden.

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
sig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. 2 Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.	sig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. 2 Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft. 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.		Wir begrüssen ausdrücklich, dass die Leistungen periodisch überprüft werden, wie es bereits heute im KVG festgehalten ist. Leider erfolgt dies bis heute wenig systematisch. Die neue Bestimmung verpflichtet den Bundesrat, diese Aufgabe künftig konsequent und regelmässig wahrzunehmen.
Art. 33 Bezeichnung der Leistungen 1 Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. 2 Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.	**Art. 33 Bezeichnung der Leistungen** 1 Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. 2 Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.	**Art. 33 Bezeichnung der Leistungen**	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
3 Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.	3 Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.		
	3bis Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.	~~3bis Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.~~	Ärztlich geleitete, strukturierte Programme können bereits heute erbracht werden. Eine zusätzliche Regulierung solcher Programme ist deshalb nicht erforderlich. Eine besondere Bezeichnung und Genehmigung durch das EDI würde die Einführung solcher Programme unnötig erschweren.
4 Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.	4 Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.		
5 Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.	5 Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.		
Art. 35 Grundsatz 1 Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.	**Art. 35 Grundsatz** 1 Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.		Es kann sinnvoll sein, dass Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Kategorie der Leistungserbringer aufgeführt sind. Allerdings sollten sie nur dann Leistungen abrechnen dürfen, wenn sie über einen entsprechenden Vertrag mit dem jeweiligen Versicherer verfügen (vgl. untenstehenden Art. 36b Abs. 4).
2 Leistungserbringer sind:	2 Leistungserbringer sind:		

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	o. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.		
	Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung [1] Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die: a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt. [2] Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. [3] Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netzwerk leitet; b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss; c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss; d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette;	**Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung**	Grundsätzlich einverstanden, vgl. aber Abs. 3 lit. h. sowie Abs. 4. santésuisse begrüsst Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung und auch die gesetzliche Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer. Die Effizienz der Leistungserbringungen kann in Netzwerken erhöht und die Gefahr von Doppel- und Mehrfachbehandlungen eingegrenzt sein.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen; f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der Patientin; g. der Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier.		
		h. einen abgeschlossenen Tarifvertrag gemäss Art. 48a mit einem oder mehreren Versicherern.	Die Anreize zur Mengenausweitung sind bei Netzwerken gross, weshalb ein mit dem einzelnen Versicherer bestehender Tarifvertrag zwingende Voraussetzung für die Leistungserbringung sein muss.
		[4] Netzwerke zur koordinierten Versorgung dürfen Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur unter der Voraussetzung erbringen, dass mit dem jeweiligen Versicherer ein Tarifvertrag geschlossen wurde. Sie müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn sie für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen, weil sie keinen Tarifvertrag mit ihm abgeschlossen haben. Wenn sie dies unterlassen, besteht kein zivilrechtlicher Honoraranspruch.	Netzwerke sind nicht per se effizient – in einem schlecht organisierten Netzwerk kann auch ineffizient oder doppelspurig gearbeitet werden. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass hohe Gewinne abgeführt werden. Die gegenseitige Zuweisung, wie sie innerhalb eines Netzwerks möglich ist, mag in vielen Fällen Vorteile haben, sie kann aber auch kostentreibend sein. Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 56 Abs. 6 ist bei Netzwerken aufgrund der heterogenen,

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			schwer mit anderen Netzwerken vergleichbaren Leistungen äusserst komplex. Ein Wirtschaftlichkeitsverfahren ist demnach nur mühevoll durchzuführen. Um Mengenausweitungen oder Exzesse zu verhindern (Abschöpfung von Effizienzgewinnen), sind zwingend Vertragslösungen mit den Krankenversicherern vorzusehen. Nur so kann eine Kontrolle sichergestellt werden.
	Art. 40a Erstberatungsstelle [1] Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. [2] Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. [3] Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin,	~~**Art. 40a Erstberatungsstelle**~~ ~~[1] Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.~~ ~~[2] Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr:~~ ~~d. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen;~~ ~~e. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist;~~ ~~f. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss.~~ ~~[3] Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:~~ ~~d. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:~~ ~~1. Allgemeine Innere Medizin,~~ ~~2. Kinder- und Jugendmedizin,~~	Die Versicherer lehnen die obligatorische Erstberatung ab. Art. 40a ist deshalb zu streichen. Die freie Arztwahl und die Wahl des präferierten Versicherungsmodells sollen weiterhin möglich sein, wenn der Versicherte bereit ist, diese Mehrkosten durch eine entsprechend höhere Prämie in Kauf zu nehmen. Ein Zwang entspricht nicht den Präferenzen der Versicherten (siehe auch das Nein zur Managed Care Vorlage 2012). Heute bieten die Krankenversicherer den Prämienzahlenden bereits alternative Versicherungsmodelle zum Standardmodell an, die einen Erstzugang zu medizinischen Behandlungen, beispielsweise mittels telefonischer Beratung, ermöglichen. Für santésuisse ist die Wahlfreiheit der Patienten ein zentraler Wert, den man nicht leichtfertig aufgeben darf.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. 4 Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen). Sie veröffentlichen die Liste so, dass die Versicherten sie jederzeit einsehen können. 5 Die Leistungserbringer können beim Kanton, auf dessen Gebiet sie ihre Tätigkeit ausüben, ein Gesuch um Aufnahme in die kantonale Liste der Erstberatungsstellen stellen. Der Kanton entscheidet über das Gesuch und nimmt den Leistungserbringer in die Liste auf, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind. 6 Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer kantonalen Liste der Erstberatungsstellen aufgenommen sind. Ist der	~~3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt;~~ ~~c. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen;~~ ~~f. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.~~ ~~4 Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen). Sie veröffentlichen die Liste so, dass die Versicherten sie jederzeit einsehen können.~~ ~~5 Die Leistungserbringer können beim Kanton, auf dessen Gebiet sie ihre Tätigkeit ausüben, ein Gesuch um Aufnahme in die kantonale Liste der Erstberatungsstellen stellen. Der Kanton entscheidet über das Gesuch und nimmt den Leistungserbringer in die Liste auf, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind.~~ ~~6 Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer kantonalen Liste der Erstberatungsstellen aufgenommen sind. Ist der~~	Die Definition eines einheitlichen Versicherungsmodells im Gesetz ist naturgemäss statisch und unflexibel. Es verhindert die laufende Entwicklung und Anpassung an neue technologische Möglichkeiten und soziale Gegebenheiten. Die Vorgaben in Art. 40 schränken die Patienten in ihrer Wahlfreiheit zu fest ein. Zudem werden auch die alternativen Versicherungsmodelle der Versicherer durch die Vorgaben teilweise erschwert, wenn nicht verunmöglicht. santésuisse macht folgenden Alternativvorschlag, um zeitgemässe, kostensparende Modelle zu fördern: **Jeder Versicherer bietet ein Gatekeeping-Modell an, welches als Erstberatungsstelle standardmässig fungiert.** Die Versicherer sind aber in der Ausgestaltung dieses Gatekeeping-Modelles im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben weitgehend frei. Wichtig ist: Patient und Gatekeeper sind freiwillig im Gatekeeping-Modell, weil sie darin für sich einen Nutzen gegenüber anderen Modellen sehen. Auf dem von den Versicherern jeweils bezeichneten Gatekeeping-Modell würde neu die Standardprämie berechnet, das Gatekeeping-Modell wäre das neue Standardmodell. Gleichzeitig wäre die maximale Rabattspanne zu erweitern. Für Versicherte, die die freie Wahl der

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies. Die versicherte Person übermittelt die Bestätigung ihrem Versicherer. 7 Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen: a. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann; b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.	~~Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies. Die versicherte Person übermittelt die Bestätigung ihrem Versicherer.~~ ~~7 Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen:~~ ~~c. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann;~~ ~~d. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.~~	Leistungserbringer weiterhin vorziehen, wäre ein entsprechendes Modell weiterhin möglich, sofern die dadurch entstehenden Zusatzkosten über eine entsprechend höhere Prämie (Prämienaufschlag) auf sie überwälzt werden könnten. Das heutige Standard-Modell würde somit zu einem alternativen, teureren Versicherungsmodell. Mit diesem Vorschlag entstünde ein dynamischer Innovationswettbewerb zwischen den Versicherern im Sinne der Erfinder des regulierten Marktmodells. Mit Ablehnung von Art. 40a sind auch folgende Artikel obsolet: 40b, 40c, 40d, Art. 41 Sachüberschrift, Abs. 1, 1^{bis}, 1^{ter}, 2, 3^{bis} Einleitungssatz und 4 und 41a.
	Art. 40b Grundsatz für die Kostenübernahme 1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 nur, wenn: a. die Leistungen von der Erstberatungsstelle erbracht werden; oder b. für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer vorliegt. 2 Das Erfordernis einer Überweisung gilt nicht in Notfällen.	~~**Art. 40b Grundsatz für die Kostenübernahme**~~ ~~1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 nur, wenn:~~ ~~c. die Leistungen von der Erstberatungsstelle erbracht werden; oder~~ ~~d. für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer vorliegt.~~ ~~2 Das Erfordernis einer Überweisung gilt nicht in Notfällen.~~	Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 40b zu streichen. Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird, äussert sich santésuisse folgendermassen zu Art. 40b: Bei diesem Artikel sind noch viele Punkte offen. Es stellen sich viele Fragen zur Umsetzbarkeit, Haftungsfragen, Inkassofragen, Zusatzkosten, zusätzliche Schnittstellen, etc. Der Leistungserbringer mit dem Patientenkontakt muss entscheiden, ob

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			ein Notfall vorliegt oder nicht. Ansonsten werden dieselben Diskussionen geführt, wie schon bei den Kantonen mit Listen säumiger Prämienzahler.
	3 Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, benötigen für Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz eine Überweisung ihrer Erstberatungsstelle.	~~3 Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, benötigen für Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz eine Überweisung ihrer Erstberatungsstelle.~~	Auch hier stellt sich die Frage der Umsetzbarkeit.
	4 Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Überweisung und die weiteren Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung.	~~4 Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Überweisung und die weiteren Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung.~~	Bei den heute bestehenden Modellen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sind von den Versicherern bereits diverse Ausnahmen vorgesehen. Diese sollen berücksichtigt werden.
	Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle	**~~Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle~~**	Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 40c zu streichen.
	1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.	~~1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.~~	Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird, äussert sich santésuisse folgendermassen zu Art. 40c: Die vorgesehene Pauschale ist abzulehnen. Die Pauschale wird entrichtet wenn die Leistung erbracht wird und wenn sie nicht erbracht wird. Der Arzt/Erstberater hat somit ein garantiertes Fixeinkommen («Grundeinkommen») und eigentlich gar kein Interesse daran, den Patienten zur Erstberatung zu sehen, da er sein Geld sowieso bekommt und er ohne die Arbeit als Erstberater in der Zeit andere
	2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.	~~2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.~~	
	3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.	~~3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.~~	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	[4] Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten.	~~[4] Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten.~~	Patienten behandeln kann. Eine derart vorgesehene Pauschale widerspricht dem Ziel der Kostendämpfung. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da hier die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Besser wäre eine Pauschale nur für erbrachte Erstberatungen. Der Bundesrat legt gemäss Vorschlag die Pauschale und die damit abgedeckten Leistungen fest. Dieser Vorschlag ist ebenfalls abzulehnen. Sollte die Idee einer Pauschale weiterverfolgt werden, müsste sie durch die Tarifpartner festgelegt werden. Zudem sollten die Tarifpartner auch festlegen, welche Leistungen mit der Pauschale abgedeckt wären.
	Art. 40d Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen [1] Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer, so kann die versicherte Person unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Untersuchung und Behandlung ihrer Krankheit geeignet	~~**Art. 40d Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen**~~ ~~[1] Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer, so kann die versicherte Person unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Untersuchung und Behandlung ihrer Krankheit geeignet~~	Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 40d zu streichen. Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird, äussert sich santésuisse folgendermassen zu Art. 40d: Auch wenn nach Konsultation der Erstberatung die Arztwahl wie im heutigen System bekannt erfolgt, wird durch die Erstberatung das System komplizierter und administrativ aufwändiger.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	sind, frei wählen. Der von der versicherten Person gewählte Leistungserbringer kann diese wiederum an weitere Leistungserbringer überweisen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt. 2 Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung vorliegt.	~~sind, frei wählen. Der von der versicherten Person gewählte Leistungserbringer kann diese wiederum an weitere Leistungserbringer überweisen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.~~ ~~2 Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung vorliegt.~~	
Art. 41 Wahl des Leistungserbringers, Kostenübernahme und Aufnahmepflicht der Listenspitäler 1 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohn-kanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in ei-	~~**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen**~~ ~~1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohn-kanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in ei-~~	Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 41 zu streichen. Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird, möchten wir darauf aufmerksam machen, dass das Problem mit den Referenztarifen nicht gelöst ist. Diverse Kantone betreiben Protektionismus mit sehr tiefen Referenztarifen, um so den Anreiz zu schaffen, sich nicht in einem ausserkantonalen Spital behandeln zu lassen. Nach Konsultation der Erstberatung, erfolgt die Spitalwahl auch zukünftig wie heute schon bekannt. Wir halten aber auch hier fest, dass durch die Erstberatung das System erheblich komplizierter und administrativ aufwändiger wird.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	nem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.	~~nem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.~~	
1bis Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.	1bis Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn: a. der Leistungserbringer, der die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital überwiesen hat, dies seinerseits im Rahmen einer Überweisung getan hat; b. eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung vorliegt.	~~1bis Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn:~~ ~~c. der Leistungserbringer, der die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital überwiesen hat, dies seinerseits im Rahmen einer Überweisung getan hat;~~ ~~d. eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung vorliegt.~~	
	1ter Die Absätze1 und 1bis gelten sinngemäss für Geburtshäuser.	~~1ter Die Absätze1 und 1bis gelten sinngemäss für Geburtshäuser.~~	
2 Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.	2 Werden Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so können sie in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.	~~2 Werden Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so können sie in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.~~	
3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel	~~3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel~~	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 3bis Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: 4 Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.	49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: 4 *Aufgehoben*	~~49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.~~ ~~3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:~~ ~~4 *Aufgehoben*~~	
	Art. 41a Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer 1 Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer, einschliesslich der Erstberatungsstelle, beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). 2 Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.	~~**Art. 41a Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer**~~ ~~1 Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer, einschliesslich der Erstberatungsstelle, beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3).~~ ~~2 Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.~~	Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 41a zu streichen. Das beschriebene Vorgehen wird heute schon in den frei wählbaren Modellen der eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers praktiziert.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	[3] Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat. [4] Er muss die Kosten von Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer muss die besondere Gutsprache erteilen, wenn die von ihm ausgewählten Leistungserbringer die betroffene Leistung nicht erbringen.	[3] ~~Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat.~~ [4] ~~Er muss die Kosten von Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer muss die besondere Gutsprache erteilen, wenn die von ihm ausgewählten Leistungserbringer die betroffene Leistung nicht erbringen.~~	
Art. 41a Aufnahmepflicht der Listenspitäler [1] Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht). [2] Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.	**Art. 41b**		Keine Bemerkungen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
3 Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht.			
Art. 42 Grundsatz 2 Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.	**Art. 42 Grundsatz** 2 Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherer: a. den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung im Fall der stationären Behandlung; b. die Vergütung der Leistungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Artikel 52b Absatz 1 oder 2 vorgesehen hat. 3ter Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.	2 Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung. 3ter Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in *digitaler* ~~elektronischer~~ Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die *digitale* ~~elektronische~~ Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.	santésuisse lehnt Art. 52b (Rückerstattungen) ab. Folglich ist der neu vorgesehene Art. 42 Abs. 2 lit. b nicht erforderlich. Art. 42 Abs. 3 KVG fordert bereits heute, dass der Patient eine Kopie der Rechnung erhält. Die Problematik liegt unseres Erachtens nicht in der Form, sondern bei der fehlenden Umsetzung der Leistungserbringer. Zu beachten ist zudem, dass im Tiers Garant die versicherte Person Schuldner ist und deshalb kann nicht in jedem Fall die Rechnung digital zugestellt werden. Um dies im Tiers Garant sicherzustellen, könnten Leistungserbringer Online-Patientenportale schaffen, wo die Patienten die Rechnungen einsehen können. Dies hat sich schon in anderen Branchen etabliert.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			Der Begriff «elektronisch» kann sehr weit ausgelegt werden. Wir empfehlen daher, den Begriff «digital» zu verwenden. Selbstverständlich muss auch in diesem Prozess eine digitale Lösung erarbeitet werden. Die Erweiterung des Artikels auf die kostenlose Zustellung unterstützen wir. Wir sehen es als absolute Notwendigkeit, dass jeder Patient über Rechnungsstellungen die ihn betreffen informiert ist und die Details dazu sichten kann, nach Möglichkeit in einer für ihn verständlichen Form. Ein Versand von Papier sollte vermieden werden, wenn die Informationen dem Patienten digital zugänglich gemacht werden können. Wenn die Informationen dem Versicherer digital vorliegen, kann der Versicherer diese dem Patienten visualisieren.
Art. 42a Versichertenkarte [2] Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.	**Art. 42a Versichertenkarte** [2] Die Versichertenkarte wird für die Rechnungsstellung für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.		Wir begrüssen die technologie-neutrale Formulierung dieses Artikels. Dadurch wird die Grundlage geschaffen, die Versichertenkarte für geeignete Dienstleistungen in Zukunft zu nutzen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
[2bis] Sie kann als Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier verwendet werden.	[2bis] Sie kann verwendet werden als: a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier; b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern. [2ter] Ausserhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes darf sie nur verwendet werden, wenn eine formelle gesetzliche Grundlage dies vorsieht und wenn der Verwendungszweck und die Nutzungsberechtigten bestimmt sind.		Die SASIS AG hat in Zusammenarbeit mit den Versicherern eine virtuelle/elektronische Versichertenkarte entwickelt, welche bereits im Markt eingeführt ist.
[3] Der Bundesrat regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.	[3] Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt wird. Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Vorgaben.	[3] Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in *digitaler* ~~elektronischer~~ Form ausgestellt wird. Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Vorgaben.	Der Begriff «elektronisch» kann sehr weit ausgelegt werden. Wir empfehlen auch hier, stattdessen den Begriff «digital» zu verwenden. Wir begrüssen, dass bei allfälligen Anpassungen der VVK und der VVK-EDI die betroffenen Akteure aktiv involviert werden.
	Art. 48a Tarifverträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung [1] Die Tarifpartner vereinbaren Pauschalen nach Artikel 43 Absatz 3 zur Vergütung: a. der Leistungen, die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung anbieten;		Einverstanden, keine Bemerkungen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	b. der Koordination der Leistungen durch die Netzwerke zur koordinierten Versorgung. 2 Mit der Vergütung nach Absatz 1 sind alle Ansprüche der Netzwerke zur koordinierten Versorgung für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.		
Art. 52 1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:	**Art. 52** 1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 und 43 Absatz 6:		Einverstanden, keine Bemerkungen.
	Art. 52b Rückerstattungen 1 Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises zurückzuerstatten: a. dem Versicherer auf dessen Verlangen; oder b. dem Fonds für Rückerstattungen auf Verlangen des BAG. 2 Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.	~~**Art. 52b Rückerstattungen**~~ ~~1 Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises zurückzuerstatten:~~ ~~a. dem Versicherer auf dessen Verlangen; oder~~ ~~b. dem Fonds für Rückerstattungen auf Verlangen des BAG.~~ ~~2 Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.~~	Rückerstattungen verursachen bei den Krankenversicherern einen hohen administrativen Aufwand. Modelle mit Rückerstattung haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Sie sollten die Ausnahme bleiben und nur dann angewandt werden, wenn ein Fixpreis nicht sachgerecht ist (beispielsweise bei Kombinationstherapien). Eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen erachten wir nicht als notwendig. Sie birgt die Gefahr, dass solche Preismodelle noch häufiger angewandt werden als heute. Die vorgesehenen Rückerstattungen führen zudem zu Intransparenz. Geheime Rabatte können überdies preis-

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	[3] Er regelt: a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 1 vorgesehen werden können; b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung; c. die Aufteilung der dem Fonds für Rückerstattung einbezahlten Beträge unter den Versicherern; d. die Verwaltungskosten des Fonds für Rückerstattungen.	[3] ~~Er regelt:~~ ~~a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 1 vorgesehen werden können;~~ ~~b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung;~~ ~~c. die Aufteilung der dem Fonds für Rückerstattung einbezahlten Beträge unter den Versicherern;~~ d. ~~die Verwaltungskosten des Fonds für Rückerstattungen~~.	treibend wirken, weil die Wirtschaftlichkeitskontrolle in diesen Fällen nicht mehr möglich ist. Stattdessen sollten die Preise gemäss Spezialitätenliste regelmässig angepasst werden. Eventualiter wäre eine zeitliche Begrenzung der Preismodelle auf die ersten fünf Jahre seit Aufnahme auf die Spezialitätenliste zu prüfen.
		Art. 52b (neu) *[1] Für Medikamente, deren jährliche Therapiekosten über 50'000 Franken pro Patient (Preisschwelle) betragen, übernimmt der Krankenversicherer die Kosten nur, wenn das Therapieziel erreicht werden konnte.* *[2] Wird das Therapieziel nicht erreicht, besteht kein Anspruch auf Vergütung.* *[3] Der Bundesrat kann vorsehen, dass bei der Medikamentenabgabe im Einzelfall (ausserhalb der Spezialitätenliste) eine tiefere Preisschwelle gilt. Er regelt die Einzelheiten der Rechnungsstellung.*	**Alternativvorschlag: Pay for Performance gesetzlich verankern** In den letzten Jahren wurden immer mehr Medikamente zugelassen, die namentlich bei seltenen Krankheiten eingesetzt werden, dabei aber sehr teuer sind. Oftmals fehlt die Evidenz, dass die Medikamente im klinischen Alltag dieselbe Wirkung entfalten wie in den Studien, die im Rahmen der Entwicklung mit wenigen Patienten durchgeführt wurden. Solche Therapien sollten von der sozialen Krankenversicherung dann (und nur dann) vergütet werden, wenn der klinische Erfolg nachgewiesen ist. Dabei ist nicht auf ein System von Rückzahlungen zu setzen, sondern die Bezahlung erfolgt

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
		[4] Das BAG bestimmt bei den Medikamenten auf der Spezialitätenliste die Indikatoren zur Beurteilung des Therapieerfolgs.	erst, wenn der Therapieerfolg dokumentiert ist. Dieses Modell sollte sowohl für Medikamente auf der Spezialitätenliste (SL) wie ausserhalb gelten. Um einen Anreiz zu setzen, dass der Hersteller sich um Aufnahme in die SL bemüht, wäre vorzusehen, dass bei der Abgabe ausserhalb der SL eine tiefere Preisschwelle gilt.
	Art. 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004 wird verweigert, soweit diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b betreffen.	~~**Art. 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten**~~ ~~Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004 wird verweigert, soweit diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b betreffen.~~	Die vorgeschlagene Anpassung führt zu Intransparenz. Transparenz über die gültigen Preise ist in einer Sozialversicherung unabdingbar. Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Preise ist sonst nicht mehr möglich. Damit entstehen höhere Kosten für die OKP. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt.
Art. 53 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht [1] Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, 54, 55 und 55a kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.	**Art. 53 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht** [1] Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 41 Absatz 1, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, 54d Absatz 2, und 55a kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.		Einverstanden, keine Bemerkungen.
	5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung		santésuisse spricht sich für das Konzept der Kostensteuerung in den Tarifverträgen aus, wie es im ersten Kostendämpfungspaket enthalten war (Art. 47c). Sollte dieser Artikel im

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			Laufe der parlamentarischen Beratung abgelehnt werden, mit der Begründung, er solle erst beim zweiten Paket des Bundesrates beraten werden, müsste der Entwurf von Art. 47c in der bundesrätlichen Botschaft berücksichtigt werden.
	Art. 54 Kostenziele 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich: a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung;	~~**Art. 54 Kostenziele**~~ ~~1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele):~~ ~~c. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;~~ ~~d. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz.~~ ~~2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:~~ ~~c. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen;~~ ~~d. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können.~~ ~~3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:~~ ~~d. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung;~~ ~~e. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung;~~	Die Festlegung von Kostenzielen (Art. 54 sowie Art. 54a bis d) lehnen wir ab. Der administrative Aufwand steigt mit dem Vorschlag markant an, ohne einen entsprechenden Nutzengewinn für die Prämienzahlenden. Das beschriebene Verfahren ist kompliziert. Zudem sind die Kompetenzen und die Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit nicht geregelt. Unklar bleibt, wie die Leistungserbringer diese Ziele konkret umsetzen sollen. Gibt es Sanktionen, wenn sich ein Leistungserbringer nicht an die Vorgaben hält? Welche Leistungserbringer werden konkret sanktioniert? Zu beachten wäre auch, dass Tarifsenkungen sich oftmals mit Mengenausdehnung kompensieren lassen. Das Ziel, dass die Kosten gesenkt respektive das Wachstum gedämpft werden müssen, ist unbestritten und zu unterstützen. Dabei müssen die Interessen der Prämienzahler massgebend sein und die Bürokratie darf nicht weiter zunehmen. **santésuisse schlägt daher folgende Alternative**

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft.	~~f. den medizinisch-technischen Fortschritt.~~ ~~4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt.~~ ~~5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft.~~	**vor (vgl. Formulierungsvorschlag in Art. 54e)**: Um den politischen Druck auf die Leistungserbringer zu erhöhen, könnte die auf nationaler Ebene zum Zweck einer generellen Zieldefinition eingesetzte eine **ausserparlamentarische Kommission** unterstützt werden. Diese würde auf der Basis eines nationalen Leitungs- und Kostenmonitorings für die Kantone und die Fachgebiete Kostenziele vorschlagen und die Zielerreichung evaluieren. Durch eine sinnvolle branchenübergreifende Aufstellung und die nationale Aufhängung dieser Kommission erfolgt ein medialer und politischer Druck auf die Angebotsplanung und die Leistungserbringer.
	Art. 54a Kostenblöcke 1 Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu. 2 Die Kantone können innerhalb eines vom Bundesrat festgelegten Kostenblocks weitere Unterteilungen vornehmen. 3 Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge	~~**Art. 54a Kostenblöcke**~~ ~~1 Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu.~~ ~~2 Die Kantone können innerhalb eines vom Bundesrat festgelegten Kostenblocks weitere Unterteilungen vornehmen.~~ ~~3 Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge~~	Mit Streichung von Art. 54 ist auch Art. 54a zu streichen. Eine Analyse der Kostenentwicklung nach Kostenblöcken (Facharztgruppen, Leistungsarten) ist unbestritten und wird heute schon für verschiedene Zwecke praktiziert. Es stellt sich die Frage, ob bei Arzneimitteln (und auch anderen Amtstarifen) nicht zuerst das Einsparpotential durch entsprechende Preissetzung

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, bilden eigene Kostenblöcke. 4 Der Bundesrat kann Leistungsbereiche mit einem geringen Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung von der Zuteilung in einen Kostenblock ausnehmen.	~~nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, bilden eigene Kostenblöcke.~~ ~~4 Der Bundesrat kann Leistungsbereiche mit einem geringen Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung von der Zuteilung in einen Kostenblock ausnehmen.~~	(unter Berücksichtigung der Auslandspreise und Margen) ausgeschöpft werden sollte. Insbesondere bei Arzneimitteln müsste der Generika-Anteil in der Schweiz deutlich erhöht werden und auch der Preis für Generika ist in der Schweiz doppelt so hoch wie im europäischen Ausland. Diese Anpassungen wären durch entsprechende Anpassungen heute schon möglich.
	Art. 54b Kostenziele der Kantone 1 Jeder Kanton legt unter Berücksichtigung der Kriterien nach Artikel 54 Absatz 3 seine Kostenziele fest für: a. die gesamten Leistungen; b. die einzelnen Kostenblöcke. 2 Er kann von den vom Bundesrat für die Kostenblöcke festgelegten Kostenzielen (Art. 54 Abs. 1 Bst. b) abweichen, soweit er sein vom Bundesrat vorgegebenes kantonales Gesamtkostenziel (Art. 54 Abs. 2 Bst. a) unter Einbezug der Toleranzmarge einhält. 3 Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kostenziele und Kostenblöcke an. 4 Sie teilen die von ihnen festgelegten Kostenziele dem BAG mit. Dieses prüft die Zielerreichung und teilt das	~~**Art. 54b Kostenziele der Kantone**~~ ~~1 Jeder Kanton legt unter Berücksichtigung der Kriterien nach Artikel 54 Absatz 3 seine Kostenziele fest für:~~ ~~c. die gesamten Leistungen;~~ ~~d. die einzelnen Kostenblöcke.~~ ~~2 Er kann von den vom Bundesrat für die Kostenblöcke festgelegten Kostenzielen (Art. 54 Abs. 1 Bst. b) abweichen, soweit er sein vom Bundesrat vorgegebenes kantonales Gesamtkostenziel (Art. 54 Abs. 2 Bst. a) unter Einbezug der Toleranzmarge einhält.~~ ~~3 Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kostenziele und Kostenblöcke an.~~ ~~4 Sie teilen die von ihnen festgelegten Kostenziele dem BAG mit. Dieses prüft die Zielerreichung und teilt das~~	Mit Streichung von Art. 54 ist auch Art. 54b zu streichen. Der auf nationaler Ebene steigende bürokratische Aufwand akzentuiert sich beim vorgeschlagenen Vorgehen nochmals durch den Einbezug von 26 Kantonen. In jedem Kanton müssen entsprechend Personal und Wissen aufgebaut werden, um die Vorgaben des Gesetzes in den Kantonen umzusetzen. Versicherer und Leistungserbringer (Vertreter der einzelnen Kostenblöcke) müssen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, was das Verfahren zeit- und ressourcenaufwendiger macht. Das Verfahren darf nicht zu kompliziert werden. Kompetenzen und die Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit müssen klar geregelt sein. Was passiert, wenn sich Versicherer, Leistungserbringer und Kantone bei der

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	Ergebnis den Kantonen mit. Es veröffentlicht das Ergebnis in geeigneter Form.	~~Ergebnis den Kantonen mit. Es veröffentlicht das Ergebnis in geeigneter Form.~~	Festlegung der kantonalen Kostenziele uneinig sind? Es stellt sich zudem die Frage, ob das Festlegen von Kostenzielen auf Ebene Kanton ideal ist. Müssten nicht eher Versorgungs- respektive Kostenregionen gebildet werden?
	Art. 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung 1 Der Bundesrat legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen. 2 Für die Kostenblöcke nach Artikel 54a Absatz 3 legt er die Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen. 3 Jeder Kanton legt seine Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen. 4 Legt ein Kanton seine Kostenziele nicht rechtzeitig fest, so gelten die vom Bundesrat festgelegten Kostenziele ohne die Toleranzmarge.	~~**Art. 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung**~~ ~~1 Der Bundesrat legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.~~ ~~2 Für die Kostenblöcke nach Artikel 54a Absatz 3 legt er die Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.~~ ~~3 Jeder Kanton legt seine Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.~~ ~~4 Legt ein Kanton seine Kostenziele nicht rechtzeitig fest, so gelten die vom Bundesrat festgelegten Kostenziele ohne die Toleranzmarge.~~	Mit Streichung von Art. 54 ist auch Art. 54c zu streichen. Ziele werden festgelegt, ohne die tatsächliche Entwicklung zu kennen respektive prognostizieren zu können. Prognosen im Gesundheitswesen sind extrem schwierig. Die in den letzten Monaten gemachten Erfahrungen mit Covid 19 haben nochmals verdeutlicht, wie schwierig Prognosen sind. Stark steigende Bürokratie und Aufwand bei Bund und 26 Kantonen führen zudem zu Planwirtschaft.
	Art. 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele	~~**Art. 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele**~~	Mit Streichung von Art. 54 ist auch Art. 54d zu streichen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	[1] Liegen die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den vom Kanton festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4. [2] Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder vereinbaren sie Massnahmen, die für die Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann die Kantonsregierung folgende Massnahmen verfügen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: a. gesenkte Tarife festlegen; b. Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge festlegen; c. für ambulant und ausserhalb eines Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fachrichtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife festlegen. [3] Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen nach Artikel 52 in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so kann das EDI die Tarife und Preise wie folgt senken, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: a. generell;	~~[1] Liegen die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den vom Kanton festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4.~~ ~~[2] Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder vereinbaren sie Massnahmen, die für die Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann die Kantonsregierung folgende Massnahmen verfügen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:~~ ~~d. gesenkte Tarife festlegen;~~ ~~e. Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge festlegen;~~ ~~f. für ambulant und ausserhalb eines Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fachrichtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife festlegen.~~ ~~[3] Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen nach Artikel 52 in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so kann das EDI die Tarife und Preise wie folgt senken, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:~~ ~~d. generell;~~	Diverse Analysen zu Kostendaten zeigen, dass nicht in erster Linie Preissteigerungen verantwortlich sind für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen (stabile Taxpunktwerte, relativ stabile Baserates). Vielmehr sind das Mengenwachstum sowie die Erbringung immer teurerer Leistungen ursächlich für Kostensteigerungen. In der ZHAW-Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen Schlussbericht» wurde das Einsparpotential ermittelt. Folgende Hinweise und Fragen bleiben im Entwurf offen: • Anpassung Tarifvertrag ist mehr als nur Änderung des Taxpunktwertes • Wie gross ist die Zahl der zu erwarteten Festsetzungsverfahren? • Stark steigende Bürokratie und Aufwände (Personal und Finanzen) • Gibt es Sanktionen bei Nichteinhaltung der Vorgaben für einzelne Leistungserbringer? • Berücksichtigung der Vorgaben zu den Kostenzielen schon in den Tarifverträgen verankern?

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	b. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einem oder mehreren Leistungsbereichen; c. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einer oder mehreren therapeutischen Gruppen. 4 Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen, für die vom Bundesrat nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigte Tarifverträge abgeschlossen wurden, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifpartner die Tarifverträge so anpassen, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4. Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder wird die Genehmigung des Tarifvertrags mit der Begründung abgelehnt, dass die Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2 erlassen. 5 Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren	~~c. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einem oder mehreren Leistungsbereichen;~~ ~~f. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einer oder mehreren therapeutischen Gruppen.~~ ~~4 Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen, für die vom Bundesrat nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigte Tarifverträge abgeschlossen wurden, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifpartner die Tarifverträge so anpassen, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4. Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder wird die Genehmigung des Tarifvertrags mit der Begründung abgelehnt, dass die Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2 erlassen.~~ ~~5 Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren~~	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien. 6 Die Kantone teilen dem BAG mit, welche Massnahmen sie getroffen haben. Das BAG veröffentlicht diese.	~~getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien.~~ ~~6 Die Kantone teilen dem BAG mit, welche Massnahmen sie getroffen haben. Das BAG veröffentlicht diese.~~	
	Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung: 2 [...], so verfügt die Kantonsregierung folgende Massnahmen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: [...] 3 [...], so senkt das EDI die Tarife und Preise wie folgt, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: 4 […] so erlässt das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2. 5 Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien. Im Falle von aussergewöhnlichen Ereignissen wie Epidemien können sie auf Massnahmen verzichten.	~~**Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:**~~ ~~2 [...], so verfügt die Kantonsregierung folgende Massnahmen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: [...]~~ ~~3 [...], so senkt das EDI die Tarife und Preise wie folgt, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:~~ ~~4 […] so erlässt das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2.~~ ~~5 Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien. Im Falle von aussergewöhnlichen Ereignissen wie Epidemien können sie auf Massnahmen verzichten.~~	Mit Streichung von Art. 54 ist auch Variante 2 zu Art. 54d zu streichen. Die Beurteilung muss abhängig von konkreten Umsetzungsmassnahmen erfolgen. Insgesamt ist Variante 2 abzulehnen. Es droht auch hier eine grosse Administration und Bürokratie, insbesondere, wenn jeder Kanton andere Massnahmen beschliesst.
	Art. 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele	**Art. 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele**	Um den politischen Druck auf die Leistungserbringer zu erhöhen, könnte die auf nationaler Ebene zum

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	[1] Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für Kostenziele ein. [2] Die Kommission berät den Bundesrat bei der Festlegung der Kostenziele, der Toleranzmarge und der Kostenblöcke. [3] Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Versicherten sowie von Fachleuten.	[1] Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission *für das Monitoring der Kostenentwicklung* ~~Kostenziele~~ ein. [2] Die Kommission *evaluiert systematisch die Kostenentwicklung der einzelnen Leistungen und Leistungserbringer. Sie* berät den Bundesrat *bei der Festlegung von Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung.* ~~der Kostenziele, der Toleranzmarge und der Kostenblöcke.~~	Zweck einer generellen Zieldefinition eingesetzte ausserparlamentarische Kommission unterstützt werden. Diese würde auf der Basis eines nationalen Leitungs- und Kostenmonitorings für die Kantone und die Fachgebiete Kostenziele vorschlagen und die Zielerreichung evaluieren. Bereiche, die von der Kommission aufgrund eines nicht erklärbaren oder überdurchschnittlichen Wachstums identifiziert wären, müssten systematisch analysiert werden. Die Kommission könnte spezifische Massnahmen zur Eindämmung des Wachstums in diesen Bereichen vorschlagen. Durch eine sinnvolle branchenübergreifende Aufstellung und die nationale Aufhängung dieser Kommission erfolgt ein medialer und politischer Druck auf die Angebotsplanung und die betroffenen Leistungserbringer.
Art. 55 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde [1] Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht wer-	**Art. 55** *Aufgehoben*	**Art. 55** ~~*Aufgehoben*~~ [1] Betreffen die von der Kommission vorgeschlagenen Massnahmen Tarife oder Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative	Art. 55 in Zusammenhang mit Art. 54e sorgt dafür, dass die Behörden, die Möglichkeit haben, die von der Kommission vorgeschlagenen Massnahmen auch umzusetzen. .

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
den dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt. 2 Zuständig ist: a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4; b. das Departement bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b; c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.		Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt. 2 Zuständig ist: a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4; b. das Departement bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b; c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.	
Art. 64 7 Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben: b. Leistungen nach den Artikeln 25 und 25a, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.	**Art. 64** 7 Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben: b. Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden;	**Art. 64** 7 Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben: b. Leistungen nach den Artikeln *25, 25a ~~27, 28~~ und 30*, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden;	Mit den Präzisierungen zu den Leistungen bei Schwangeren, bei welchen die Kostenbeteiligung entfällt, ist der Interpretationsspielraum betreffend diese Bestimmung deutlich geringer geworden. Weshalb auch Leistungen bei einem Unfall sowie bei Geburtsgebrechen von der Kostenbeteiligung befreit sein sollen, ist sachlich schwer zu begründen. Dies führt zu weiteren Ungleichbehandlungen, einerseits zwischen schwangeren und nicht-schwangeren Frauen, andererseits aber auch zwischen Schwangeren mit ordentlicher Franchise und solchen mit Wahlfranchise, die trotz stark unterschiedlicher Prämie weitgehend dieselbe Versicherungsdeckung haben. Deshalb muss

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			der Bezug zu Art. 27 und 28 gestrichen werden.
	c. Leistungen der Erstberatungsstelle, die mit der Pauschale nach Artikel 40c als abgedeckt gelten.	~~c. Leistungen der Erstberatungsstelle, die mit der Pauschale nach Artikel 40c als abgedeckt gelten.~~	Da wir die Erstberatungsstelle ablehnen, ist auch Art. 64 lit. c zu streichen.
	II		
	Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.		
	III		
	Übergangsbestimmungen zur Änderung vom …	**Übergangsbestimmungen zur Änderung vom …**	
	[1] Bis sich ein Verband der Netzwerke zur koordinierten Versorgung gebildet hat, schliessen die Netzwerke zur koordinierten Versorgung einzeln Verträge über die Qualitätsentwicklung mit den Verbänden der Versicherer nach Artikel 58a gemäss der Änderung vom 21. Juni 2019 ab.	~~[1] Bis sich ein Verband der Netzwerke zur koordinierten Versorgung gebildet hat, schliessen die Netzwerke zur koordinierten Versorgung einzeln Verträge über die Qualitätsentwicklung mit den Verbänden der Versicherer nach Artikel 58a gemäss der Änderung vom 21. Juni 2019 ab.~~	Netzwerke sollten nur dann Leistungen abrechnen dürfen, wenn sie über einen Vertrag mit dem jeweiligen Versicherer verfügen. Folglich erachten wir diese Bestimmung als obsolet.
	[2] Ärzte und Ärztinnen, die mindestens während der zwei Jahre vor dem Inkrafttreten der Änderung vom … zugelassen und in der medizinischen Grundversorgung tätig waren, ohne über einen der Weiterbildungstitel nach Artikel 40a Absatz 3 Buchstabe a zu verfügen, können die Funktion einer Erstberatungsstelle nach Artikel 40a Absatz 3 ausüben, wenn sie die	~~[2] Ärzte und Ärztinnen, die mindestens während der zwei Jahre vor dem Inkrafttreten der Änderung vom … zugelassen und in der medizinischen Grundversorgung tätig waren, ohne über einen der Weiterbildungstitel nach Artikel 40a Absatz 3 Buchstabe a zu verfügen, können die Funktion einer Erstberatungsstelle nach Artikel 40a Absatz 3 ausüben, wenn sie die~~	Da wir Art. 40a ablehnen, ist auch diese Bestimmung obsolet.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	spezifischen hausärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten anderweitig erworben haben.	~~spezifischen hausärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten anderweitig erworben haben.~~	
	3 Die kantonalen Referenztarife für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom … den Anforderungen nach Artikel 41 Absatz 1bis entsprechen.	~~3 Die kantonalen Referenztarife für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom … den Anforderungen nach Artikel 41 Absatz 1bis entsprechen.~~	Grundsätzlich wäre diese Bestimmung zu unterstützen. Allerdings löst auch diese Bestimmung das Problem nicht, dass verschiedene Kantone Protektionismus mit sehr tiefen Referenztarifen betreiben.
	4 Können sich die Parteien nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom … auf einen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen nach Artikel 42 Absatz 3ter einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.	~~4 Können sich die Parteien nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom … auf einen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen nach Artikel 42 Absatz 3ter einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.~~	Eine für Laien verständliche Rechnung muss Teil digitalisierter Prozesse sein. Lösungen dazu müssen von allen Stakeholdern unterstützt und getragen werden. Mit dem digitalen Datenaustausch „SHIP“ existiert bereits eine Lösung, welche sich nicht nur auf die Rechnung beschränkt und die Digitalisierung in allen Prozessen im administrativen Bereich unterstützt. Deshalb kann diese Bestimmung gestrichen werden.
	5 Die statistischen Grundlagen zur Einführung der Kostenziele nach den Artikeln 54–54e müssen spätestens für das zweite Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom… von den Versicherern dem BAG zur Verfügung gestellt werden. *Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:* 6 Die zuständige Behörde ist verpflichtet, spätestens für das achte Jahr		Die Kostendaten werden von den Versicherern bereits heute bei verschiedenen Gelegenheiten an verschiedene Empfänger geliefert. Die Daten können wohl einfach von der SASIS AG zur Verfügung gestellt werden, wie das heute schon für das Kostenmonitoring des BAG geschieht.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	nach Inkrafttreten der Änderung vom … bei Überschreitung der Kostenziele Massnahmen nach Artikel 54d zu treffen. [7] Beträge, die die Inhaberinnen der Zulassung als Rückerstattungen infolge der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste gemäss bisherigem Recht dem Insolvenzfonds zurückerstattet haben, werden beim Inkrafttreten der Änderung vom… dem Fonds für Rückerstattungen nach Artikel 18 Absatz 2^{septies} Buchstabe b KVG übertragen.		Wer ist die zuständige Behörde? Massnahmen werden in Art. 54d beschrieben. Eine Behörde sollte nur dann eingreifen, wenn sich die Tarifpartner nicht einig sind.
	IV		
	[1] Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum. [2] Es ist der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative vom 10. März 2020 «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)». [3] Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.		Keine Bemerkung.
	Änderung anderer Erlasse *Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:*		

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung		
Art. 14 Umfang der Massnahmen [1] Die medizinischen Massnahmen umfassen: a. die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien; b. die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien.	**Art. 14 <u>Umfang der medizinischen Massnahmen und Voraussetzungen für die Leistungsübernahme</u>** [1] Die medizinischen Massnahmen umfassen: a. <u>die Behandlungen und die dazugehörenden Untersuchungen, die ambulant oder stationär, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von:</u> <u>1. Ärztinnen oder Ärzten,</u> <u>2. Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren,</u> <u>3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes beziehungsweise einer Chiropraktorin oder eines Chiropraktors Leistungen erbringen;</u> b. <u>medizinische Pflegeleistungen, die ambulant erbracht werden;</u> c. <u>die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren verordneten Analysen, Arznei-mittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;</u> d. <u>die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;</u>		Die Absätze 1, 3 und 4 entsprechen dem Beschluss des Parlaments im Rahmen des Geschäfts 17.022 (Weiterentwicklung der IV) – einverstanden, keine Bemerkungen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	e. den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Ab-teilung; f. die Leistung der Apothekerinnen und Apotheker bei der Abgabe von nach Buchstabe c verordneten Arzneimitteln; g. die medizinisch notwendigen Transportkosten.		
[2] Erfolgt die ärztliche Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt, so hat der Versicherte überdies Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung. Begibt sich der Versicherte in eine andere Abteilung, obwohl die Massnahme in der allgemeinen Abteilung durchgeführt werden könnte, so hat er Anspruch auf Ersatz der Kosten, die der Versicherung bei Behandlung in der allgemeinen Abteilung entstanden wären.	[2] Für medizinischen Massnahmen gilt Artikel 32 KVG sinngemäss. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.		Einverstanden, keine Bemerkungen.
[3] Beim Entscheid über die Gewährung von ärztlicher Behandlung in Anstalts- oder Hauspflege ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.	[3] Die Versicherung übernimmt keine Kosten für logopädische Massnahmen.		Einverstanden, keine Bemerkungen.
	[4] Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf		Einverstanden, keine Bemerkungen.

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.		
	Art. 14ter Bezeichnung der Leistungen 1 Der Bundesrat bestimmt: a. die Voraussetzungen der medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 Absatz 3; b. die Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Artikel 13 gewährt werden; c. die medizinischen Pflegeleistungen, für die die Kosten übernommen werden. 2 Er kann vorsehen, dass die Kosten für medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 übernommen werden, die den Grundsätzen nach Artikel 14 Absatz 2 nicht entsprechen, wenn diese Massnahmen für die Eingliederung notwendig sind. Er bestimmt Art und Umfang der Massnahmen. 3 Er kann die Vergütung von Arzneimitteln regeln, die: a. angewendet werden: 1. ausserhalb der durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zugelassenen Fachinformation, oder		Die Absätze 1 bis 5 entsprechen dem Beschluss des Parlaments im Rahmen des Geschäfts 17.022 (Weiterentwicklung der IV) – einverstanden, keine Bemerkungen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	2. ausserhalb des Indikationsbereichs, der in der Spezialitätenliste oder in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste festgehalten ist; b. in der Schweiz zugelassen sind, jedoch nicht in der Spezialitätenliste oder in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste aufgenommen sind; oder c. in der Schweiz nicht zugelassen sind. 4 Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) oder dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) übertragen. 5 Das zuständige Bundesamt erstellt eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen nach Artikel 13, einschliesslich der Höchstpreise, sofern sie nicht bereits auf der Spezialitätenliste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG aufgeführt sind. 6 Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Absatz 5 kann das zuständige Bundesamt, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arz-		Einverstanden, keine Bemerkungen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	neimittelpreises dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten. 7 Der Bundesrat regelt: a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 6 vorgesehen werden können; b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung. 8 Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004 wird verweigert, sofern diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach den Absätzen 6 und 7 betreffen.	~~7 Der Bundesrat regelt:~~ ~~a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 6 vorgesehen werden können;~~ ~~b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung.~~	Da Art. 52b KVG abgelehnt wird, ist hier Art. 14ter Absatz 7 ebenfalls zu streichen. Einverstanden, keine Bemerkungen
	Art. 47b Elektronische Rechnungsstellung Das BSV bezeichnet die Leistungserbringer, die ihre Rechnungen in elektronischer Form zu übermitteln haben. Der Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung richtet sich dabei nach dem Standard nach Artikel 42 Absatz 3ter KVG.		Einverstanden, keine Bemerkungen.
	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014		
Art. 48 Finanzierung des Insolvenzfonds	**Art. 48**		Einverstanden, keine Bemerkungen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
Der Insolvenzfonds wird finanziert durch: c. Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren und von den Pharmaunternehmen an die gemeinsame Einrichtung zurückerstattet werden.	*Aufgehoben*		

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion

Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen

Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Schweizerische Eidgenossenschaft
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
3003 Bern

Per E-Mail an:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Zürich, 19. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 lädt der Bundesrat ein, zur Vernehmlassung Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns für diese Möglichkeit, die wir gerne wahrnehmen. Der Schweizerische Versicherungsverband ist der Dachverband der privaten Versicherungswirtschaft und äussert sich im Namen der Krankenzusatzversicherer.

Position des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV)

Der SVV begrüsst die Bemühungen des Bundesrates, die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) mit konkreten Massnahmen zu dämpfen. Der SVV lehnt jedoch das 2. Massnahmenpaket in der vorliegenden Form ab. Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen begünstigen in ihrer Konzeption staatliche Steuerung und Bürokratie, anstatt Patientinnen und Patienten ins Zentrum der Diskussion zu stellen und einen nutzenorientierten Wettbewerb zu fördern. Eine zunehmende Verschiebung der Kompetenzen weg von den Tarifpartnern hin zum Bundesrat und zur Verwaltung widerspricht den freiheitlichen Grundsätzen unseres Systems. Der SVV anerkennt den Handlungsbedarf – es braucht jedoch in erster Linie eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und eine konsequente Umsetzung geltender Regelungen.

Schweizerischer Versicherungsverband SVV
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14 – Postfach – CH-8022 Zürich – Zentrale +41 44 208 28 28 – svv.ch
Dominik Gresch – dominik.gresch@svv.ch – Direktwahl +41 44 208 28 29

Beurteilung
Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen setzen aus Sicht des SVV zu stark auf staatliche Steuerung. Eine Kostendämpfung wird damit nicht erreicht. Der SVV nimmt zu den für ihn relevantesten Massnahmen wie folgt Stellung:

Zielvorgabe
Der Bundesrat legt ein nationales Gesamtkostenziel fest. Die Einführung der Zielvorgabe entspricht einem starken Top-down-Ansatz – dies im Gegensatz zum Bottom-up-Ansatz im KVG. Die Umkehrung des Prinzips kann zu negativen Qualitätsanreizen führen. Die Gefahr ist gross, dass die Festlegung der Kostenziele planwirtschaftliche Strukturen etabliert. Der aktuelle Vorschlag führt zu einer weiteren Verstaatlichung, die dem regulierten Wettbewerb zuwiderläuft.

Empfehlung
Um mehr Transparenz in der Kostenentwicklung zu schaffen, soll anstelle einer Zielvorgabe ein Kosten- und Mengenmonitoring eingeführt werden, welches den Druck auf alle Akteure aufrechterhält und weiter verstärkt.

Erstberatungsstelle
Der SVV lehnt die Einführung von Erstberatungsstellen ab. Um die Qualität der Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden, soll gemäss Vorlage für alle Versicherten eine erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen geschaffen werden. Die Wahlfreiheit für die Versicherten ist jedoch ein wichtiges Gut, welches aus Sicht des SVV nicht aufgegeben werden darf. Bereits heute sind Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers ein Erfolgsmodell für die Mehrheit der Versicherten. Die Krankenversicherer haben mit den Leistungserbringern funktionierende Versorgungsmodelle eingeführt.

Empfehlung
Auf die Einführung von Erstberatungsstellen ist zu verzichten. Stattdessen sollen die bestehenden Anreize verbessert werden, damit sich noch mehr Versicherte für ein alternatives Versicherungsmodell (AVM) entscheiden und sich Leistungserbringer vermehrt für die integrierte Versorgung engagieren.

Preismodelle und Rückerstattungen
Der SVV unterstützt die «Legalisierung» neuer Preismodelle zur Sicherstellung der Versorgung im Grundsatz, die Kriterien bedürfen jedoch einer klaren Definition. Die vorgeschlagene intransparente Lösung mittels direkter Rückvergütungen oder einer Abwicklung über die Gemeinsame Einrichtung KVG widerspricht den Prinzipien einer guten Governance und ist deshalb abzulehnen. Auch der Ausschluss der Medikamentenpreise vom Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (BGÖ) geht zu weit.

Empfehlung
Die Krankenversicherer müssen die Kostenwahrheit bezüglich vergüteter Therapien erhalten und über die effektiv angefallenen Medikamentenkosten ihrer Versicherten Bescheid wissen. Dabei bezahlen die Versicherer den Pharmaunternehmen einen tieferen Preis als den öffentlich publizierten Preis auf der Spezialitätenliste (SL).

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anträge und Vorschläge bei der weiteren Behandlung der Vorlage.

Freundliche Grüsse
Schweizerischer Versicherungsverband SVV

Dominik Gresch
Leiter Bereich Kranken- und Unfallversicherung

Denise Piaz
Fachverantwortliche Krankenzusatzversicherung

SWICA Gesundheitsorganisation
Römerstrasse 38
8401 Winterthur

Telefon +4152 244 26 63
E-Mail ann-karin.wicki@swica.ch
Internet www.swica.ch

Generaldirektion

Eidg. Departement des Innern EDI
Herr Bundesrat Alain Berset
3001 Bern

Per E-Mail an: Tarife-grundlagen@bag.admin.ch / gever@bag.admin.ch

Winterthur, 30. Oktober 2020/

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur erwähnten KVG-Revision Stellung nehmen zu können. SWICA verzichtet darauf, jeden einzelnen Artikel des Entwurfs zu kommentieren, sondern beschränkt sich auf die Diskussion der einzelnen Massnahmen.

Gesamtfazit
SWICA lehnt die Gesamtvorlage ab.
Einen Teil der Massnahmen lehnt sie grundsätzlich ab.
Bei mehreren Massnahmen unterbreitet sie Verbesserungsvorschläge, während sie einzelne Massnahmen unterstützt.
SWICA regt an, die unbestrittenen Massnahmen in einer eigenen Vorlage zusammenzufassen, um diese zügig umsetzen zu können.

Die folgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Positionen von SWICA zu den einzelnen Massnahmen:

Massnahme	Annehmen	Annehmen Vorschlag	Ablehnen	Ablehnen, Vorschlag
Kostenziele, inkl. Beschwerderecht		✓		
Erstberatungsstellen			✓	
Netzwerke der koordinierten Versorgung				✓
Programme zur Patientenversorgung				✓
Datenlieferung				✓
Faire Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen, inkl. Beschwerderecht	✓			
Preismodelle und Rückforderungen		✓		
Elektronische Rechnungsübermittlung	✓			
Versichertenkarte		✓		

Massnahme	Annehmen	Annehmen Vorschlag	Ablehnen	Ablehnen, Vorschlag
Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen	✓			

Allgemein Bemerkungen
Die Vorlage enthält eine Vielzahl von Massnahmen unterschiedlichster Ausprägung, die keinen inhaltlichen Zusammenhang haben. So entsteht ein bunter Strauss, der dem Parlament als indirekter Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der CVP unterbreitet wird und dessen einziger gemeinsamer Nenner allfällige Kosteneinsparungen sind. SWICA bedauert, dass der Bundesrat mit diesem Vorgehen in Kauf nimmt, dass unbestrittene Massnahmen, die der Bundesrat z.B. zur Umsetzung eines Urteils des Bundesgerichts vorschlägt (wie bei der Kostenbeteiligung Mutterschaft) im Strudel der absehbaren politischen Auseinandersetzungen um die Kostenziele oder um die Massnahmen zur koordinierten Versorgung abgelehnt werden.

Eine zentrale Schwachstelle der Vorlage besteht darin, dass die konkreten Auswirkungen der Vorlage auf die Gesundheitskosten und auf die zusätzlichen administrativen Aufwendungen, welche die Umsetzung mit sich bringen wird, schlicht nicht abschätzbar sind. Die schöne runde Zahl von einer Milliarde Franken klingt als Einsparung beeindruckend, wird jedoch im Erläuternden Bericht in keiner Art und Weise plausibilisiert. Ebenso fehlt eine detaillierte Analyse der Zusammenhänge und Auswirkungen mit/von anderen eben abgeschlossenen oder noch laufenden KVG-Revisionen. Der Hinweis, dass die Auswirkungen noch zu analysieren seien, überzeugt nicht und hinterlässt den Eindruck von Stückwerk. Für SWICA ist es zwingend notwendig, dass die Auswirkungen einer KVG-Revision so präzise wie möglich beurteilt werden können, um in der Umsetzung einen Blindflug zu vermeiden. Andernfalls leiden Kranke wie Gesunde und Leistungserbringer wie Krankenversicherer unter Unklarheiten einer unsorgfältig aufgesetzten Revision. Eine Revision, die offen lässt, was sie im Umgang mit Kunden und Partnern für die Kosten und damit für die Prämienberechnung bedeutet, darf nicht sein.

SWICA stellt fest, dass die aktuellen Entwicklungen im KVG zu einem Paradox führen: Zum einen wird der politische Druck, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen, d.h. sie zu stabilisieren oder im Idealfall zu senken, immer grösser– so dass aktuell zwei grosse Massnahmenpakete in der politischen Diskussion sind. Auf der anderen Seite beobachten wir, dass im Parlament und in der Verwaltung fleissig an einem Ausbau des Leistungskatalogs oder des Katalogs der Leistungserbringer gearbeitet wird, wie beispielsweise:

- Aufnahme der psychologischen Psychotherapien in den Leistungskatalog;
- Abrechnung des Pflegematerials zulasten der sozialen Krankenversicherung;
- Selbständige Abrechnung von Pflegeleistungen durch Pflegende; oder
- Beitragszahlungen der Versicherten an die Qualitätskommission.

Weitere Vorstösse zielen in die gleiche Richtung.

Diese beiden entgegengesetzten Entwicklungen sollten zum Nachdenken anregen: Welches Gesundheitssystem wollen wir in der Schweiz in Zukunft? Und wie muss die soziale Krankenversicherung ausgestaltet werden, um den Anforderungen heute und morgen gerecht zu werden? Im Zentrum müssen dabei die Menschen sowie die Qualität stehen – und nicht allein die Kosten,

denn unsere Erfahrungen aus der Praxis deuten darauf hin, dass effizient gestaltete Patientenpfade und Qualität zu tieferen Kosten führen. Es ist die Verantwortung der Akteure, gemeinsam nach tragfähigen und finanzierbaren Lösungen zu suchen

SWICA bedauert im Weiteren, dass der Bundesrat sich offenbar dazu entschieden hat, den regulierten Wettbewerb zur leeren Floskel umzugestalten. Bisher hat er immer wieder betont, dass Wettbewerb im Bereich der Dienstleistungen sinnvoll sei und spielen soll. Diesen Spielraum hat SWICA in den letzten 20 Jahren genutzt, um zusammen mit Leistungserbringern für ihre Kunden verschiedenste Dienstleistungen zu entwickeln und einzuführen. Mit der vorgesehenen Regulierung bei Erstberatung und integrierter Versorgung hebelt der Bundesrat den von ihm als «sinnvoll» bezeichneten Wettbewerb aus, ohne dass die Wirkung auf die Kosten plausibilisiert wird.

Nachfolgend zeigen wir auf, dass viele Ansätze des Bundesrates zwar in eine gute Richtung zielen, aber die konkrete Praxiserfahrung nicht berücksichtigen und dem Ziel damit mehr schaden als nützen. Deshalb kommen wir nicht umhin die gesamte Vorlage zurückzuweisen. Die Vorlage läuft auf eine Verstaatlichung zentraler Prozesse in der Gesundheitsversorgung hinaus, die in der Praxis gut funktionieren – ganz ohne staatliche Steuerung. Ein zentraler Erfolgsfaktor dabei ist die Freiwilligkeit für Patienten und Leistungserbringer. Die bundesrätlichen Vorschläge engen die freie Arztwahl für Patientinnen und Patienten ein und schmälern den Spielraum der Tarifpartner, gemeinsam innovative Lösungen für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Kostenziele (Art. 54, Art. 54a-54e E-KVG)
Die Einführung von Kostenzielen ist nicht per se abzulehnen. Die Einführung allein führt aber noch nicht zu einer kostendämpfenden Wirkung. Entscheidend sind Ausgestaltung und Umsetzung. SWICA geht davon aus, dass die Einführung von Kostenzielen den nötigen Druck auf die Tarifpartner aufsetzt, damit sie gemeinsam Lösungen suchen, die weitere Eingriffe des Bundes verhindern.

Der Vorschlag des Bundesrates erfüllt zwar aus Sicht von SWICA wichtige Rahmenbedingungen (vgl. Tabelle):

Rahmenbedingung	erfüllt	teilweise erfüllt	Bemerkungen
Demokratische Legitimation durch das Parlament		✓	Die Grundlage für die Kostenziele wird vom Parlament verabschiedet. Es stellt sich die Frage, ob das Parlament ein Mitspracherecht bei der Festlegung der jährlichen Kostenziele erhalten soll.
Kostenwachstumsziel	✓		Die Kostenziele werden als jährlicher prozentualer Anstieg der Kosten ausgestaltet, d.h.als Kostenwachstumsziel und nicht als starres Globalbudget. Dies ist wichtig, um zu verhindern, dass irgendwann über Rationierungen gesprochen werden muss.
Akteure müssen Verantwortung übernehmen	✓		SWICA begrüsst, dass der Bundesrat eine Umsetzung durch die Tarifpartner vorschlägt.
Sanktionierung		✓	Das vorgesehene Sanktionierungssystem ist positiv zu werten, weil es die Umsetzung der Kostenziele sicherstellt. Allerdings müssten die Kantone zum Eingreifen verpflichtet werden, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Nur so kann der nötige Druck auf die Tarifpartner aufgebaut werden, Korrekturmassnahmen bei einem Nicht-Einhalten der Kostenziele umzusetzen.
Wahrung bisheriger Kompetenzen und Handlungsspielraum		✓	Die Vorschläge zu den Kostenzielen stellen die bisherigen Kompetenzen der Akteure nicht per se in Frage. Allerdings führt die Vorlage insgesamt dazu, dass Leistungserbringer und Krankenversicherer immer weniger Handlungsspielraum haben, um neue und innovative Lösungen umzusetzen, die einen positiven Effekt auf die Gesundheitskosten hätten.

SWICA ist aber auch der Meinung, dass im Erläuternden Bericht wichtige Aspekte fehlen, die notwendig wären, um die Kostenziele und die damit einhergehende Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung detailliert beurteilen zu können:

Es fehlt eine Detailanalyse der bestehenden Fehlanreize und deren Auswirkungen auf die Entwicklung der Gesundheitskosten. Anstatt Kostenziele einzuführen, die zu einem grundsätzlichen Umbau des schweizerischen Gesundheitswesens führen, müsste in einem ersten Schritt eine solche Analyse erfolgen, begleitet von Vorschlägen zu Korrekturmassnahmen, insbesondere solche, die eine Beseitigung der bestehenden Fehlanreize zur Folge haben, ohne neue zu schaffen. Zentral müsste zusätzlich ein breiter politischer Diskurs darüber stattfinden, wie das schweizerische Gesundheitssystem in Zukunft ausgestaltet sein soll. Die aktuellen Vorschläge führen zu einer weiteren Verstaatlichung, die den regulierten Wettbewerb zur Farce machen. Ausserdem fehlt eine detaillierte Analyse der aktuellen KVG-Revisionen und deren gegenseitigen Wechselwirkungen. Wir erleben eine Phase der gleichzeitigen Regulierung der Regulierung. Wenn es nicht möglich ist, die effektiven Auswirkungen der Kostenziele seriös abzuschätzen, müsste auf deren Einführung verzichtet werden, resp. müssten wir als betroffene Akteure sie ablehnen.

Der Erläuternde Bericht sieht vor, dass primär die Tarifpartner die Verantwortung für die Umsetzung der Kotenziele übernehmen sollen. Wie bereits erwähnt, befürworten wir die Stärkung der Tarifpartner, auf der anderen Seite warnen wir davor, dass dieser Weg zu einer Einführung eines Globalbudgets durch die Hintertüre führen kann. Es darf nicht sein, dass es anstelle der Festlegung eines Kostenwachstumsziels zu einer vorgeschriebenen Erhöhung der Krankenversicherungsprämien kommt (z.B. die Prämien für das Jahr xx dürfen lediglich um y% steigen). Mit einem solchen Vorgehen würde den Krankenversicherungen die Aufgabe aufoktroyiert, die Tarife jährlich so auszuhandeln, dass die Kosten die vorgeschriebenen Prämieneinnahmen nicht übersteigen. Damit würden die Krankenversicherer zum Wächter der Kostenziele gemacht, eine Rolle, die sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Kompetenzen nicht wahrnehmen können. Sie würden zum Schwarzen Peter gemacht, wenn die Kostenziele nicht eingehalten werden.

Fazit
SWICA unterstützt die Einführung von Kostenzielen grundsätzlich, weist aber darauf hin, dass eine detaillierte Analyse der Ausgangslage fehlt, so dass die Konsequenzen der Einführung von Kostenzielen kaum beurteilt werden kann.
SWICA schlägt daher vor, dass der Bundesrat diese Analyse in Auftrag gibt, um anschliessend einen breiten politischen Diskurs über das schweizerische Gesundheitssystem der Zukunft zu führen.

Erstberatungsstellen (Art. 40a – 40d E-KVG)
Wir verstehen nicht, welches Problem der Bundesrat mit der Einführung von Erstberatungsstellen lösen will. Er hält im Erläuternden Bericht fest, dass aktuell bereits 70% der Bevölkerung ein Versicherungsmodell mit einem eingeschränkten Zugang ins Gesundheitswesen gewählt hat. Bei SWICA, einem Pionier von Hausarzt- und HMO-Modellen, sind es sogar 80% der Versicherten. Mit anderen Worten: Alternative Versicherungsmodelle (AVM) sind eine Erfolgsgeschichte – ganz ohne staatlichen Zwang. Statt diese Erfolge durch attraktive Anreize

und Rahmenbedingungen weiter zu fördern, werden der Eigenverantwortung und der Innovationskraft durch die staatliche Regulierung der Sauerstoff vorenthalten und die Weiterentwicklung integrierter Versorgungskonzepte erstickt. Mit Blick auf den regulierten Wettbewerb heisst das: die Regulierung wird noch grösser, der Wettbewerb noch kleiner.
Es stimmt bedenklich, dass die Erstberatungsstellen unter den Kontrahierungszwang gestellt werden sollen, dass der Bundesrat aber in Bezug auf die Abgeltung ihrer Leistungen vage bleibt («Da offen ist, welche Leistungen mit ihr als beglichen gelten, kann ihre Höhe nicht geschätzt werden.», S. 43) Es ist Wunschdenken, auf diese Weise Kosten einsparen zu wollen.

Wie erwähnt haben bereits 80% der SWICA Kunden ein AVM-Modell gewählt. SWICA vertraut darauf, dass die restlichen 20% ihrer Kunden aus guten Gründen auf die Wahl eines solchen Modells verzichtet. Ein guter Grund könnte darin bestehen, sich den freien Zugang ins Gesundheitssystem bewahren zu WOLLEN und dafür eine höher Prämie in Kauf zu nehmen. Die Einführung von Erstberatungsstellen läuft auf eine Bevormundung der Versicherten und auf eine massive Einschränkung des selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Handelns hinaus. Mit Erstberatungsstellen bevormundet der Bundesrat nicht nur die 30% der Bevölkerung, die noch kein AVM-Modell gewählt haben, sondern auch die 70%, die bereits ein AVM-Modell haben, das ohne staatliche Erstberatung auskommt. Alle werden gezwungen, einen ärztlichen Erstberater zu wählen. Zusätzlich werden Versicherte in heutigen AVM-Modellen dadurch bestraft, dass ihre bisherigen durch eigenverantwortliches Handeln gerechtfertigten Rabatte massiv schrumpfen oder im schlimmsten Fall ganz wegfallen. Denn Rabatte kann es eigentlich nur noch dann geben, wenn sich die Versicherten nach dem Entscheid für eine Erstberatungsstelle (erste Einschränkung der freien Arztwahl) bereit erklären, auch auf dem weiteren Behandlungspfad die freie Wahl der Leistungserbringer einzuschränken (zweite Einschränkung der freien Arztwahl)

Die freie Arztwahl läuft jedoch noch aus einem weiteren Grund Gefahr zur reinen Worthülse zu werden: Die Krankenversicherer dürfen «grundsätzlich nur noch die Leistungen der Erstberatungsstelle bezahlen oder Leistungen, für welche eine Überweisung durch die Erstberatungsstelle vorliegt» (S. 24 Erläuternder Bericht). Das heisst, wenn eine versicherte Person eine Rechnung OHNE Überweisung vorlegt, sind die Krankenversicherer in Zukunft gehalten, diese nicht zu bezahlen. Im Umkehrschluss heisst das, dass versicherte Personen nur noch diejenigen Leistungserbringer aufsuchen können, für die ihnen die Erstberatungsstelle eine Überweisung ausstellt. Wenn man als versicherte Person weiss, dass die Kostenübernahme für Spezialisten nur auf Basis einer Überweisung durch die Erstberatungsstelle erfolgt, wird man sich sehr gut überlegen, in eine Diskussion um die Überweisung einzusteigen. Statt die Patienten einzubeziehen wird ihre Eigenverantwortung beschnitten.

Das Volk hat in Abstimmungen immer wieder deutlich gemacht, dass es die freie Arztwahl will. Es stellt sich daher die Frage, warum der Bundesrat eine Lösung vorantreibt, die den Volkswillen missachtet?

Gemäss Vorlage kommen lediglich Grundversorger als Erstberater in Frage. Bei den heutigen AVM-Modellen gibt es jedoch viele Formen, bei denen der Erstzugang auch über nicht-ärztliche Fachpersonen erfolgt, z.B. Advanced Practice Nurse bei telemedizinischen Modellen oder Apotheker. Die Vorlage ist nicht auf der Höhe der Zeit, weil sie veraltete Konzepte zementiert.

Es ist unverständlich, dass der Gesetzgeber Vorschriften einführen will, die im Vergleich zur heutigen Situation einem Rückschritt gleichkommen. Will man an den Erstberatungsstellen festhalten, sollte zumindest der Status Quo im Gesetz abgebildet werden. Mit der Beschränkung auf die Grundversorger läuft der Bundesrat Gefahr, sich in Widersprüchen zu verfangen, fordert er doch im weiteren Verlauf des Erläuternden Berichts, dass die Interprofessionalität zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern gefördert werden soll. Ausserdem stellt sich die Frage, wie der Bundesrat sicherstellen will, dass genügend Grundversorger als Erstberatungsstellen zur Verfügung stehen? Bereits heute ist ein Mangel an Grundversorgern zu beklagen. Wenn die Grundversorger zusätzlich noch als Erstberater tätig sein sollen, müsste der Bundesrat konsequenterweise auch sicherstellen, dass genügend Grundversorger ausgebildet werden – aufgrund der eingeschränkten Ausbildungsplätze ginge dies zu Lasten der Ausbildung von Spezialisten.

Mit der Einführung von Erstberatungsstellen schwindet die Motivation der Grundversorger, sich für einen qualitativ hochstehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu engagieren. Einerseits werden sie als neue Leistungserbringer dem Kontrahierungszwang unterstellt, andererseits wird ihre Leistung als Pauschalbetrag abgegolten. Weil aufgrund des Vertragszwangs die Leistungen durch die Krankenversicherer beglichen werden müssen, besteht kein Anreiz mehr, für eine gute Koordination der Behandlung mehr zu tun als nötig. Verstärkt wird die «Verwaltungs»-Mentalität noch dadurch, dass eine Erstberatungsstelle die Erstberatungs-Pauschale für jede Person erhalten soll, die sich ihr anschliesst. Die Entschädigung erfolgt unabhängig davon, ob die Erstberatungsstelle eine Leistung erbringt oder nicht. Mit anderen Worten: Die Erstberatungsstelle erhält sogar dann Geld, wenn sie KEINE ARBEIT mit der versicherten Person hat. Und da Erstberater gemäss Erläuterndem Bericht (S. 43) sogar entscheiden können, ob sie eine Person betreuen wollen oder nicht, setzt der Bundesrat den fatalen Anreiz, dass ein Erstberater es vorzieht, möglichst viele Gesunde auf der Liste zu haben, die keine Leistungen beanspruchen (Risikoselektion). Gut verdientes Geld, ohne Aufwand.

Der Bundesrat äussert sich nicht dazu, wie die Qualitätskontrolle der Erstberatungsstellen vorgesehen ist oder stattfinden soll. Er verweist nicht einmal darauf, dass die Qualitätskontrolle im Rahmen der neuen Qualitätsvorschriften erfolgen soll. Dies ein Beweis dafür, dass eine Koordination zwischen den verschiedenen KVG-Vorlagen nicht stattfindet. Aus Sicht von SWICA sind dies erdenklich schlechte Voraussetzungen, um mit staatlich verordneten Erstberatungsstellen, die darüber hinaus über eine staatliche Lohngarantie verfügen, Kosteneinsparungen zu realisieren.

Den Kantonen ist die Aufgabe zugedacht, zu prüfen, ob die Erstberatungsstellen die Zulassungsanforderungen erfüllen und eine Liste von Erstberatungsstellen zu führen. Ansonsten fehlt jeglicher Hinweis darauf, in welcher Form das Zusammenspiel mit der in der Sommersession verabschiedeten Vorlage zur ambulanten Zulassungssteuerung sichergestellt werden soll (der Hinweis, dass die parlamentarischen Beratungen zur ambulanten Zulassungssteuerung noch im Gange seien, war zum Zeitpunkt als die Vernehmlassung begann, veraltet. Die Schlussabstimmung fand am 19.06.2020 statt, während die Vernehmlassung am 19.08.2020 eröffnet wurde). Wir machen in diesem Zusammenhang auch darauf aufmerksam, dass zwingend zu verhindern ist, dass die kantonalen Listen manuell geführt werden. Sie müssen zwingend über eine zentrale Schnittstelle digital abgerufen werden können.

Mit der Einführung von Erstberatungsstellen beraubt der Bundesrat die Krankenversicherer einer wichtigen Möglichkeit, sich mittels Dienstleistungen für eine erstklassige Versorgungsqualität zu engagieren. So droht die mehrfach wuchtig abgelehnte Einheitskasse auf Umwegen Wirklichkeit zu werden. Wird das zweite Massnahmenpaket gemäss der vorliegenden Fassung umgesetzt, kann von einem regulierten Wettbewerb keine Rede mehr sein. Damit widerspricht der Bundesrat seinem eigenen, langjährigen Bekenntnis zum regulierten Wettbewerb. Warum er ausgerechnet die AVM-Modelle zerschlagen will, die beweisen, dass sinnvoller Wettbewerb möglich ist, ist völlig unverständlich. Anstelle eines unnötigen und schädlichen neuen Obligatoriums würde er gut daran tun, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu definieren, dass Leistungserbringer mehr Anreize erhalten, sich für eine koordinierte Versorgung zu engagieren und dass sich noch mehr Versicherte aus Überzeugung für ein AVM-Modell entscheiden. Freiwilligkeit und Motivation von Leistungserbringern und Patienten sind – dies zeigen 20 Jahre Erfahrung – zentrale Werte um eine effiziente, qualitativ hochstehende, interprofessionell-koordinierte und auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Behandlung sicherzustellen.

Völlig unklar bleibt aufgrund des Erläuternden Berichts wie das konkrete Zusammenspiel zwischen Erstberatungsstellen, Netzwerken der Koordinierten Versorgung, Patientenprogrammen und weiteren Leistungserbringern funktionieren soll. Die Ausführungen hinterlassen mehr Fragen, als dass sie Antworten geben. Wie sollen sich beispielsweise Patienten, mit chronischen Krankheiten in diesem System bewegen? Müssen sie – selbst wenn sie schon seit längerer Zeit wegen ihrer Erkrankung in Behandlung sind – sich durch den Erstberater überweisen lassen, einmal oder jährlich? Können sie verpflichtet werden, an Patientenprogrammen teilzunehmen? Wie wäre eine solche Verpflichtung mit Blick auf die freie Arztwahl zu gewichten? Der Fragenkatalog könnte noch verlängert werden.

Fazit
SWICA lehnt die Einführung von Erstberatungsstellen strikt ab.
Erstberatungsstellen schwächen die Qualität und bremsen jegliche Innovation.
SWICA regt an, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass sich mittels Anreizen noch mehr Versicherte für ein AVM-Modell entscheiden und sich Leistungserbringer vermehrt für integrierte Versorgung engagieren.
Die vorgesehene Umsetzung der Erstberatungsstellen hinkt dem aktuellen Entwicklungsstandard im Gatekeeping um Jahre hinterher. Sie führt zu einem Rückschritt und erschwert eine Weiterentwicklung insbesondere bei der Interprofessionalität.
Erstberatungsstellen als Grundmodell der sozialen Krankenversicherung beschneiden die Selbstbestimmung und bestrafen die Mehrheit der Bevölkerung mit einer Reduktion der Prämienrabatte (indirekte Prämienerhöhung).

Koordinierte Versorgung stärken (Art. 35 Abs. 2, Art. 36b, Art. 48a E-KVG)
Diese Stossrichtung ist grundsätzlich zu begrüssen, insbesondere weil die Aufgabenteilung und Koordination zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern gefördert werden soll. Allerdings greift die Koordination zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern zu kurz, der Bundesrat müsste sich für eine Koordination sämtlicher Leistungserbrin-

ger stark machen und entsprechende Anreize setzen. Wir zweifeln aber daran, dass eine staatlich verordnete Lösung Erfolg bringt. Dadurch dass die Netzwerke zur koordinierten Versorgung dem Kontrahierungszwang unterstellt werden, verlieren die in ihnen zusammengeschlossenen Leistungserbringer die Motivation, mehr als «Dienst nach Vorschrift» zu leisten. Es lohnt sich nicht mehr, in neue Behandlungswege und –programme zu investieren, die zu einer Erhöhung von Effizienz, Effektivität und Qualität beitragen und die heute über sogenannte «Managed Care»-Verträge vergütet werden.

Auch hier stellt sich die Frage, warum der Bundesrat 20 Jahre Arbeit und Erfahrung ausblendet. Die Leistungserbringer und die Krankenversicherer hatten bisher die Möglichkeit, sich durch Dienstleistungen im Rahmen der integrierten Versorgung von der Konkurrenz zu differenzieren und gleichzeitig die Behandlungsqualität zu erhöhen. Es sei an dieser Stelle nochmals auf die Ausführungen zur Schwächung des «sinnvollen Wettbewerbs» und zur verpassten Abbildung des heutigen «state of the art» verwiesen.

Der Vorteil an der heutigen Lösung besteht aus dem, was der Experimentierartikel aus dem ersten Massnahmenpaket fördern will: Neue Versorgungsmodelle ausprobieren und schauen, wie die Massnahmen bei den Versicherten bzw. Patienten ankommen. Wird nun behördlich vorgegeben, was koordinierte Versorgung zu sein hat, geht der Anreiz verloren, neue und innovative Lösungen zu entwickeln und im Publikum zu testen.

Unbeantwortet lässt der Bundesrat auch hier die Frage, wie sich die Einführung von Netzwerken auf Patienten mit chronischen Erkrankungen auswirkt. Ist vorgesehen, sie zu einem Anschluss an ein Netzwerk zu zwingen? Ist dies überhaupt möglich, zumal das KVG ja (noch) die freie Arztwahl garantiert? Und was passiert, wenn sich Patienten und Erstberatungsstelle uneinig sind, was die weitere Behandlung betrifft?

Braucht es für alles eine behördliche Genehmigung, reduziert das die Innovationsdynamik und verlangsamt am Ende den medizinischen Fortschritt. Im Weiteren will der Bundesrat die Netzwerke über pauschale Entschädigungen abgelten, lässt dabei aber offen, ob diese Pauschalen die Koordination der Leistungen oder auch konkrete medizinische Leistungen abdecken sollen. Kann der Bundesrat plausibel darlegen, dass die Vorschriften zu den Netzwerken zu Einsparungen und nicht im Gegenteil zu mehr Kosten führen? Unseres Erachtens sind Aussagen dazu aufgrund der Informationen des Erläuternden Berichts reine Behauptungen und darum Wunschdenken.

Will der Bundesrat die integrierte Versorgung wirklich stärken, würde er gut daran tun, die Anreize und Rahmenbedingungen so zu setzen, dass Leistungserbringer und Krankenversicherer motiviert werden, neue Modelle zu erarbeiten und zu testen. Darunter müsste auch die Förderung von überkantonalen oder regionalen Lösungen fallen.

Fazit
SWICA unterstützt die grundsätzliche Stossrichtung des Bundesrates, die integrierte resp. die koordinierte Versorgung zu stärken.

Sie lehnt aber eine staatlich verordnete Gestaltung der Prozesse entschieden ab. Der Bundesrat sollte Rahmenbedingungen definieren, die Anreize für Leistungserbringer und Krankenversicherer setzen, integrierte Versorgung unter aktivem Einbezug eigenverantwortlicher Patienten voranzutreiben.

Programme der Patientenversorgung (Art. 25 Abs. 2 E-KVG, Art. 33 Abs. 3bis E-KVG)
Für SWICA sind Programme zur Patientenversorgung ein wichtiger Bestandteil ihrer auf eine hohe Kundenzufriedenheit ausgerichteten Philosophie. Im Zentrum der integrierten Versorgung von SWICA stehen der individuelle Nutzen für die Patientinnen und Patienten, der einen kollektiven Nutzen in Form von mehr Effektivität und Effizienz der Versorgung für die Bevölkerung schafft, sowie die optimierte und koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern. Diese Ziele will auch der Bundesrat mit seiner Vorlage erreichen, wobei die Förderung der Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern zwar begrüssenswert ist, aber zu kurz greift.

Trotzdem sehen wir gewichtige Nachteile bei der Vorlage: Unsere Erfahrung zeigt, dass für die Patienten vier zentrale Dinge wichtig sind. Sie wollen

- … über eine Teilnahme an einem solchen Programm frei entscheiden können;
- … aktiv in die Behandlung einbezogen werden;
- …eine qualitativ hochwertig Behandlung;
- … Leistungserbringer, die interprofessionell und koordiniert zusammenarbeiten.

Patientenprogramme haben sich in den letzten zwanzig Jahren in Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern und in Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenversicherern entwickelt. Dabei wurde Handlungsspielraum flexibel genutzt, und die Programme boten sowohl Leistungserbringern als auch Krankenversicherungen die Möglichkeit, ihren Patienten resp. Kunden hervorragende Dienstleistungen in hoher Qualität zu bieten. Müssen die Programme nun staatlich genehmigt werden und werden damit Teil des KVG-Leistungskatalogs mit entsprechender Vergütungspflicht, verlieren sie ihre Flexibilität, die Patientenorientierung und büssen damit an Qualität ein. Weder für Leistungserbringer noch Krankenversicherer besteht ein Anreiz, neue Programme zu entwickeln oder bestehende Programme weiterzuentwickeln. Wie bereits bei den Netzwerken zur koordinierten Versorgung besteht auch hier die Gefahr, dass eine positive Wettbewerbsdynamik durch staatliche Vorgaben zerstört wird. Krankenversicherer werden faktisch auf Inkasso/Exkasso und auf Rechnungskontrolle zurückgebunden (Stichwort «Einheitskasse»).

Um Programmen zur Patientenförderung einen Schub zu verleihen, sollten im Gesetz Rahmenbedingungen festgehalten werden, die Leistungserbringer und Krankenversicherer motivieren, solche Programme zu entwickeln und umzusetzen. SWICA wird ihren Beitrag dazu zu leisten.

Fazit
Eine Stärkung der Programme zur Patientenförderung wird grundsätzlich begrüsst.
Auf eine Verstaatlichung dieser Programme ist zu verzichten – sie zerstört die innovative und positive Entwicklung der letzten zwanzig Jahre.

Staatliche Förderung soll sich auf die Definition von Rahmenbedingungen beschränken, die es für die Akteure attraktiv macht, in solche Programme zu investieren.

Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien (Art. 32 Abs. 3 E-KVG)
Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Prüfung (Art. 52 Abs. 1 E-KVG)
Wir stellen fest, dass sich ein Kommentar zu diesen Massnahmen erübrigt, da sie ins erste Massnahmenpaket transferiert wurden. Dies und die Tatsache, dass der Erläuternde Bericht nicht den aktuellen Stand der politischen Arbeit wiedergibt, gibt uns zur Frage Anlass, wie ernst die Vernehmlassungsteilnehmer genommen werden.

Faire Referenzpreise für ausserkantonale Behandlungen (Art. 41 E-KVG)
SWICA unterstützt die Einführung dieser Massnahme.

Preismodelle und Rückerstattung, inkl. Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten (Art. 18 Abs. 2septies, Art. 42 Abs. 2, Art. 52b, Art. 52c E-KVG)
Ausgangslage
Aktuell besteht eine grosse Variabilität bei den Preismodellen: es gibt öffentliche, semitransparente und intransparente Modelle, die mit unterschiedlichen Prozessen umgesetzt werden müssen. SWICA stellt fest, dass die Umsetzung dieser Modelle im Alltag kaum mehr zu bewältigen ist. Die Gefahr, dass im Rahmen von Verhandlungen zur SL-Zulassung Preismodelle vereinbart werden, die nicht oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand umsetzbar sind, nimmt rapide zu. Zudem werden die direkt betroffenen Akteure (Leistungserbringer und Krankenversicherer), welche die Umsetzung der Modelle sicherstellen müssen, in keiner Art und Weise involviert.

Das BAG führt bereits heute volumenbasierte Rückerstattungen durch. Diese Vereinbarungen sind geheim, sodass die Krankenversicherer nicht informiert sind. Abgewickelt werden die Rabatte offenbar über die Gemeinsame Einrichtung KVG.

Preismodelle
Heute bestehen mehr als 50 Preismodelle, deren Anzahl zwingend zu reduzieren ist. Dies lässt sich erreichen, in dem ein paar klar definierte Kriterien festgelegt werden. Das würde die Transparenz fördern, mithin das Gegenteil dessen bewirken, worauf das BAG hinarbeitet.

Vertrauliche Rabatte und Vorschlag zur Rückerstattung
Vertrauliche Rabatte, die über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) zurückerstattet werden, verursachen eine Reihe von Problemen. Da die Pharmafirmen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht wissen dürfen, für welche versicherte Person sie Geld zurückerstatten, wird der Betrag an die GE KVG überwiesen. Und da auch sie die versicherte Person nicht kennt, wird der Betrag pauschal an die Krankenversicherer weitergeleitet. Die Krankenversicherer können diese Beträge nur dem gesamten Kollektiv gutschreiben und nicht dem individuellen «Leistungskonto» der Patienten, für die die Leistung vergütet wurde. Dieses Vorgehen ist aus

Sicht der Krankenversicherer unbefriedigend, aus Sicht der Patienten sogar inakzeptabel. Sie müssen neben der Franchise auch den Selbstbehalt für solche Behandlungen begleichen. Eine allfällige Rückerstattung, zumindest eines Teils des Selbstbehalts, ist nicht möglich, weil ja eine Zuordnung auf die betroffene Person nicht vorgenommen werden kann.

Wie schon erwähnt, werden bereits heute Rückerstattungen bei der GE KVG «parkiert», von denen die Krankenversicherer nichts wissen (dürfen). Damit werden dem Finanzkreislauf Mittel entzogen, die über Prämien finanziert wurden. Fliesst das Geld nicht dorthin zurück, wo es hingehört, wird die auf der Leistungsbilanz basierende Prämienkalkulation verfälscht. Es ist rechtsstaatlich höchst bedenklich, wenn das BAG solche Praktiken ohne gesetzliche Grundlage und ohne klar definierten Prozesse umsetzt und jetzt mit dem Kostendämpfungspaket 2 bzw. dem indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der CVP versucht, dieses intransparente Vorgehen vom Gesetzgeber durch die Hintertüre legitimieren zu lassen.

Zusätzlich sei an dieser Stelle noch auf einen weiteren «Schönheitsfehler» hingewiesen: In der Kostenbeteiligung der Versicherten ist auch die Mehrwertsteuer eingerechnet. Die Rückerstattungen erfolgen jedoch ohne Mehrwertsteuer. Mit anderen Worten profitiert die Eidgenössische Steuerverwaltung finanziell von diesem BAG-Vorgehen – zu Lasten der Prämienzahler.

Dass die Rückerstattungen dem Öffentlichkeitsprinzip entzogen werden sollen, ist aus Sicht von SWICA nachvollziehbar, da sonst die Gefahr besteht, dass die Preise prophylaktisch zu hoch angesetzt werden. Allerdings müssten die Rückerstattungen den Krankenversicherern im Sinne einer Ausnahme transparent gemacht werden. Denn ohne Kenntnis der Rückerstattungsmodalitäten bzw. der Höhe der Rückerstattungen, können sie ihre gesetzlichen Pflichten bei der Rechnungskontrolle nicht erfüllen. Im Erläuternden Bericht zum ersten Kostendämpfungspaket hat der Bundesrat explizit festgehalten, dass er in Zukunft auf eine strengere Rechnungskontrolle drängen wird. Folgerichtig gilt es nun, das Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten zu überdenken, ohne dass das Ziel des Bundesrates gefährdet wird.

Fazit
SWICA fordert die Einführung eines Preismodellsystems mit klar definierten und transparenten Kriterien.
SWICA lehnt die Einführung von vertraulichen Rabatten ab, die über die GE KVG pauschal an die Krankenversicherer zurückbezahlt werden. Die Rückerstattungen müssen den richtigen Patienten zugeordnet werden können.
SWICA fordert, den Krankenversicherungen die Modalitäten zu den Rückerstattungen zugänglich zu machen, um die Rechnungskontrolle zu ermöglichen.

Elektronische Rechnungsübermittlung (Art. 42 Abs. 3ter E-KVG)
SWICA begrüsst diese Anpassung.

Gleichzeitig regt sie an, zu prüfen, ob das System des Tiers payant nicht generell eingeführt werden sollte.

Versichertenkarte (Art. 42a Abs 2 – 2ter, Art. 42a Abs. 3 E-KVG)
SWICA begrüsst, dass die Versichertenkarte in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden soll. Allerdings ist die Beschränkung der Versichertenkarte auf die OKP-Deckung unsinnig und strikt abzulehnen.

Diese Massnahme ist eine logische Folge der fortschreitenden Digitalisierung. Mit ihr kann sichergestellt werden, dass alle Daten zur Verfügung stehen, die für die Rechnungskontrolle benötigt werden.

Trotzdem stellen sich Fragen bezüglich Umsetzung, insb. im Bereich des Elektronischen Patientendossiers (EPD): Aktuell ist nicht vorgesehen, dass die Krankenversicherer Zugriff auf das EPD haben. Um einen reibungslosen Datenfluss zu ermöglichen und Datenbrüche zu verhindern, müsste eine Anpassung des EPDG in diesem Sinne geprüft werden.

Die Erfahrung zeigt, dass die Kunden ihre Krankenversicherung in der Regel als EINE Versicherung verstehen. Aus ihrer Sicht ist es unerheblich, wo die Grenze zwischen obligatorischer Grundversicherung und freiwilliger Zusatzversicherung verläuft. Sie wollen für ihre Krankenversicherung EINE Kundenkarte, die alle notwendigen Informationen enthält. Die Hürde, die der Bundesrat bei der Versichertenkarte einbaut, ist praxisfern und teuer, weil die Krankenversicherer für die von ihren Kunden gewünschten Zusatzdeckungen eine eigene Versichertenkarten einführen müssten.

Fazit
SWICA begrüsst die Einführung der Versichertenkarte in elektronischer Form.
SWICA lehnt aber die Beschränkung auf die soziale Krankenversicherung strikt ab.
SWICA regt an, die Durchgängigkeit von Patientendossier und Versichertenkarte zu prüfen und falls notwendig herzustellen.

Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen (Art. 64 Abs. 7 E-KVG)
SWICA begrüsst die Anpassung.

Daten der Versicherer (Art. 21 E-KVG)
SWICA versteht, dass das Bundesamt und die Kantone über eine Datengrundlage verfügen müssen, die es ihnen ermöglicht, ihre Aufgaben wahrzunehmen. Allerdings ist der Vorschlag des Bundesrates zu ungenau und erfüllt damit unseres Erachtens die Anforderungen von Art. 13 BV und Art. 17 DSG nicht, was zu einer Verletzung des Legalitätsprinzips führt. Konkret möchten wir auf folgende Kritikpunkte hinweisen:

- Der Zweck der Datenlieferung und die Art der zu liefernden Daten müssen im Gesetz genau umschrieben werden. Ein Verweis auf die Verordnung oder eine vorgängige Bekanntgabe des Zwecks der Datenlieferung durch das BAG genügen nicht.
- Auch der Rhythmus der Datenlieferung muss im Gesetz festgelegt werden.

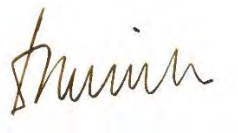
- Ob personalisierte Daten zu liefern sind, muss ebenfalls im Gesetz geregelt werden. Es genügt nicht, wenn der Bundesrat diesen Entscheid trifft. Daten sollen bevorzugt anonymisiert geliefert werden, sonst droht eine formelle Verletzung gesetzlicher Grundlagen sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gemäss Art. 13 BV.
- Wehrt sich eine Person gegen die Lieferung ihrer persönlichen Daten, sind die Folgen unklar. Da der Krankenversicherer auf Anweisung der Behörden handeln muss, muss auch klar sein, dass er keine (straf)rechtlichen Folgen zu tragen hat.

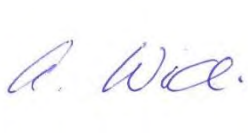
Fazit
SWICA lehnt den Vorschlag zur Datenlieferung in der vorliegenden Form ab.
Eine Überarbeitung unter Berücksichtigung der Anforderungen von Art. 13 BV und Art. 17 DSG ist notwendig.

Wir bedanken uns an dieser Stelle nochmals für die Möglichkeit, zum zweiten Massnahmenpaket Stellung nehmen zu können und bitten Sie, unsere Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

SWICA Krankenversicherung AG





Dr. Reto Dahinden
CEO

Dr. Ann-Karin Wicki
Leiterin Public Affairs

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : AGILE.CH

Abkürzung der Firma / Organisation : AGILE.CH

Adresse : Effingerstrasse 55, 3008 Bern

Kontaktperson : Judith Hanhart

Telefon : 031 390 39 37

E-Mail : judith.hanhart@agile.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **5**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
AGILE.CH	**Einleitung** Sie haben am 19. August 2020 das Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) eröffnet. AGILE.CH als Dachverband von 41 Behinderten-Selbsthilfeorganisationen, die unterschiedlichste Behinderungsgruppen repräsentieren, bedankt sich für die Einladung, zur Vorlage Stellung nehmen zu können.
AGILE.CH	**Grundsätzliches** Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bereitet AGILE.CH Sorgen, da steigende Prämien Menschen mit niedrigem und mittlerem Einkommen belasten. Vielen Menschen, die auf medizinische Leistungen angewiesen sind, macht die in der Schweiz vergleichsweise hohe Kostenbeteiligung zusätzlich zu schaffen. AGILE.CH erwartet, dass die Kostenbeteiligung in den nächsten Jahren nicht angehoben wird, damit diese nicht zur Zugangsbarriere für Menschen in angespannten finanziellen Verhältnissen wird. Kostendämpfungsmassnahmen dürfen nicht zu Leistungsbeschränkungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP führen, denn alle Menschen in der Schweiz haben ein Recht auf einen hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung. Menschen mit Behinderungen sind mehrheitlich gesundheitlich deutlich beeinträchtigter als Menschen ohne Behinderungen und damit besonders auf eine für alle zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung angewiesen. Ihr Recht auf ein Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderungen ist in der UNO-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben (Art. 25 UNO-BRK). Ein grosses Potenzial zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit komplexen Behinderungen verortet AGILE.CH in der Stärkung und Spezialisierung von Pflegefachpersonen, vgl. beispielsweise Weiterbildungsangebot der Fachhochschule der Diakonie. Kostendämpfungsmassnahmen müssen zwingend so ausgestaltet werden, dass sie nicht zu einer Benachteiligung von gewissen Gruppen führen. Das Modell der Erstberatungsstelle wird beispielsweise Menschen mit einer seltenen Krankheit, deren ärztliche Hauptansprechperson häufig eine Fachärztin/ ein Facharzt ist, nicht gerecht. Die CVP-Kostenbremse-Initiative lehnt AGILE.CH dezidiert ab, denn sie würde durch die starre Koppelung der Kostenentwicklungs-Zielvorgabe an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und den Lohnindex zu einer Rationierung von Leistungen und damit zu einer Zweiklassengesellschaft bei der medizinischen Versorgung führen. AGILE.CH ist überzeugt, dass Betreuung und Zuwendung den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten wesentlich beeinflussen. Die Ausschöpfung des Effizienzpotenzials im Gesundheitswesen darf deshalb nicht dazu führen, dass Zuwendung und Betreuung im medizinischen Alltag zukünftig noch weniger Platz haben werden. Im Gegenteil sollten diese beiden Elemente gestärkt werden.

	Gemäss erläuterndem Bericht des Bundesrats führt u.a. eine anbieterinduzierte Nachfrage zu einer Mengenausweitung, die über das medizinisch Notwendige hinausgeht. AGILE.CH ist der Meinung, dass dieser anbieterinduzierten Ausweitung durch die Förderung der Patienteninformation, die Stärkung der Gesundheitskompetenz (Ziel 2 von Gesundheit2030) und die Förderung der medizinischen Zweitmeinung entgegengewirkt werden kann, vgl. auch Interpellation 20.3490 von Yvonne Feri und Postulat 17.4182 von Rebecca Ana Ruiz. Allein mit der Verhinderung von unnötigen Operationen könnten viele Kosten eingespart werden, gehen doch Expertinnen und Experten davon aus, dass 20-30% aller durchgeführten Operationen medizinisch nicht notwendig sind. Massnahmen zur Kostendämpfung sollten insbesondere auch bei der Unter-, Über- oder Fehlversorgung ansetzen. Während bei einer Überversorgung unnötige Behandlungen bezahlt werden, führen Unter- und Fehlversorgungen zu Verschlechterung des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten und damit zu hohen Folgekosten. Es braucht u.a. weitere Anstrengungen, damit korrekte Diagnosen möglichst rasch gestellt und damit die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Im Bereich seltene Krankheiten wurden in diesem Jahr in der ganzen Schweiz interdisziplinäre und krankheitsübergreifende Zentren für Seltene Krankheiten von der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten kosek anerkannt. Die Bezeichnung von krankheitsspezifischen Referenzzentren inkl. Netzwerken wird bald folgen. Bei der gesetzlichen Ausgestaltung müssen auch solche neuen spezialisierten Zentren berücksichtigt werden, damit auch diese ihre koordinativen Aufgaben vergütet bekommen. AGILE.CH ist erfreut darüber, dass die Versicherungsvermittlungstätigkeit strenger reglementiert werden soll, da gemäss Studien jährlich Hunderte von Millionen Franken an Provisionen für OKP-Abschlüsse bezahlt werden, vgl. Standesinitiative 18.305. Dieses Geld sollte für die Kernaufgaben der Krankenkassen zur Verfügung stehen. AGILE.CH wünscht sich, dass auch die Ausgaben für Werbungen von einzelnen Krankenkassen begrenzt werden, um die OKP-Kosten ohne Leistungsabbau zu senken. Ebenfalls ein grosses Potenzial sieht AGILE.CH in der Gesundheitsförderung und -prävention sowie in der Umsetzung von umfassenden Habilitations- und Rehabilitationsprogramme gemäss Art. 26 UNO-BRK. AGILE.CH ist überzeugt, dass sich viele Krankheiten und deren Folgekosen durch gezielte Präventionsmassnahmen verhindern oder reduzieren lassen.
AGILE.CH	**Generelle Rückmeldungen zum zweiten Kostendämpfungs-Massnahmenpaket** AGILE.CH möchte grundsätzlich festhalten, dass die Grundgedanken bei den einzelnen Massnahmen aus dem Paket zwar nachvollziehbar sind, diese jedoch allein auf das Einsparen von Kosten zielen. Bei den meisten Massnahen ist die konkrete Ausgestaltung unklar und somit die Konsequenzen auf die Qualität der Behandlung für die PatientInnen aus heutiger Sicht unsicher. Es bleiben viele Fragen offen und eine vertiefte Meinungsbildung ist schwierig. AGILE.CH begrüsst Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung, denn viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Beschwerden betroffen, deren effiziente Behandlung eine Abstimmung zwischen den involvierten Fachärztinnen und -ärzten voraussetzt. AGILE.CH hofft, dass die Einführung von Preismodellen zu einem schnelleren Zugang zu neuen Medikamenten führt. Im heutigen System führen blockierte Tarifverhandlungen regelmässig dazu, dass Menschen, die dringend auf neue Arzneimittel angewiesen werden, lange warten und u.U. eine

	Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in Kauf nehmen müssen. Es braucht dringend Vorkehrungen, damit blockierte Verhandlungen nicht zu Unterversorgungen und schliesslich zu höheren Kosten wegen Verschlechterungen des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten führen. Die Einführung einer Zielvorgabe für die OKP-Kostenentwicklung lehnt AGILE.CH klar ab, denn die zunehmende Alterung der Bevölkerung und der damit einhergehende höhere Bedarf an Gesundheitsversorgung darf nicht mit einer Rationierung von Gesundheitsleistungen korrigiert werden. Sollte die Zielvorgabe trotzdem eingeführt werden, müsste mittels eines Monitorings sichergestellt werden, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt und allfällige Verschlechterungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zeitnah korrigiert werden können. Auch die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle lehnt AGILE.CH ab, da die Patientenautonomie dadurch beschnitten würde. Besondere Patientengruppen, wie beispielsweise Menschen mit seltenen Krankheiten, welche oft auf die Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte angewiesen sind, werden mit diesen Modellen benachteiligt. Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erfreuen sich bereits heute grosser Beliebtheit in der Bevölkerung. AGILE.CH ist überzeugt, dass mit einer gezielten Förderung weitere Menschen auf freiwilliger Basis für diese Versicherungsmodelle gewonnen werden könnten.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AGILE.CH	21			AGILE.CH unterstützt die Verpflichtung der Krankenversicherer zur Weitergabe von Daten grundsätzlich. Eine gute Datengrundlage ist unabdingbar, um Über-, Fehl- und Unterversorgung zu erkennen, zu korrigieren und dadurch unnötige Kosten zu verhindern. Die Weitergabe von Daten pro versicherte Person lehnt AGILE.CH jedoch ab. AGILE.CH befürchtet, dass die Ausweisung der Gesamtkosten für bestimmte Krankheiten zu Diskussionen führen würde, wieviel ein gewonnenes Lebensjahr von schwer erkrankten Menschen kosten darf. Damit würde die Verpflichtung, den Zugang zu medizinischen Einrichtungen und zu ärztlicher Betreuung im Krankheitsfall für *alle* sicherzustellen (Art. 12 Abs. 2 lit. d UNO-Pakt I), in Frage gestellt. Sollte die Weitergabe von Daten pro versicherte Person eine Mehrheit finden, müsste bei der Veröffentlichung von Daten sichergestellt werden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne	[2]Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. ~~Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:~~ ~~a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Mass-nahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;~~

				Personen gezogen werden können.	~~b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungender und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;~~ ~~c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;~~ d. ~~zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.~~
AGILE.CH	32	3		Mit diesem neuen Gesetzesabsatz wird der Bundesrat ermächtigt festzulegen, wie die Prüfung WZW-Kriterien erfolgen soll und welche Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung gelten. Zukünftig soll die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen wie bspw. Arzneimittel) zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung (z.B. Einführung bzw. Erstaufnahme, etablierte Anwendung, Ablösung durch neue Leistungen) mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe differenziert erfolgen können. Die erstmalige WZW-Prüfung einer Leistung soll jeweils systematisch und vollständig durchgeführt werden. Bei den periodischen Überprüfungen soll eine vertiefte Prüfung der Kriterien erfolgen, soweit dies angezeigt ist. So kann bereits einige Jahre nach der erstmaligen WZW-Prüfung einer Leistung im Rahmen der Neuaufnahme in den Leistungskatalog der OKP der Prüfung von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nicht mehr das gleiche Gewicht zukommen wie bei der Aufnahme. Ausnahmen gibt es insbesondere, wenn neue Studien und Daten vorliegen, die eine Veränderung der	~~Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.~~

				Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit seit der Aufnahme nachweisen. AGILE.CH befürchtet, dass mit dieser neuen Regelung das Kostengünstigkeitsprinzip durchgesetzt wird und die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit an Bedeutung verlieren. Um den Patienten/ die Patientin konsequent ins Zentrum zu stellen, wie dies in der Strategie Gesundheit2020 vorgesehen war, sollte das Kriterium Zweckmässigkeit besondere Beachtung erhalten und bei allen Überprüfungen einbezogen werden. Bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit sollen im Fall neuartigen und komplexen Therapien medizinische Fachexperten und Patientinnen und Patienten bzw. die sie vertretenden Organisationen einbezogen werden. AGILE.CH findet es beispielsweise stossend, dass Inkontinenzmaterialien durch Höchstvergütungsbeträge quantitativ begrenzt werden. Die Begrenzung auf vier Inkontinenzprodukten pro Tag für Menschen mit einer schweren Inkontinenz kann beispielsweise zu einer Unterversorgung eine daraus resultierende Hautentzündung führen. Die Inkontinenzmaterialien mit der quantitativen Begrenzung sind nicht zweckmässig, da sie im Einzelfall die angestrebte Wirkung in angemessener Form nicht hervorrufen. Die Wirtschaftlichkeit dieses Höchstvergütungspreises ist nur deshalb gegeben, weil bei der Prüfung die Folgekosten – im Beispiel die Behandlung der Hautentzündung – nicht berücksichtigt werden. Aus diesen Überlegungen lehnt AGILE.CH den neuen Absatz 3 ab.	
AGILE.CH	36b			Viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Beschwerden betroffen, wobei sowohl die Kombination von körperlichen und psychischen Erkrankungen (zum Beispiel	[3]Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: h. die Gewährleistung eines barrierefreien und

				Rückenschmerzen und Depression) als auch das gleichzeitige Vorliegen von verschiedenen somatischen respektive psychischen Störungen vorkommen. Die gute Abstimmung bei Übergängen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen unterschiedlicher Ausrichtungen sind für sie essenziell. AGILE.CH begrüsst deshalb die Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und fordert gleichzeitig, dass ein besonderes Augenmerk auf den hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu den Netzwerken gerichtet werden muss. Ebenfalls müssen die Bedürfnisse von Menschen mit seltenen Krankheiten berücksichtigt werden und auch für diese Patientengruppen geeignete Netzwerke zur Verfügung stehen. Die Studie Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle Akutsomatik - Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik von Socialdesign aus dem Jahr 2017 weist einen hohen Bedarf bei der Förderung von integrierten Behandlungsmodellen für somatisch und psychische Erkrankungen, AGILE.CH regt deshalb an, auch in diesem Bereich ein Programm der Patientenversorgung umzusetzen. Da die Netzwerke neu eingeführt werden, sollten sie nach ca. 5 Jahren evaluiert werden, um sie weiterentwickeln zu können. AGILE.CH schlägt vor, die Evaluation im Gesetz vorzusehen. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer betrieben und / oder kontrolliert werden.	diskriminierungsfreien Zugangs zum Netzwerk i das in den Abläufen verankerte Mitspracherecht von Patientinnen und Patienten [4]Der Bundesrat sorgt dafür, dass die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung gestützt auf regelmässige Überprüfungen kontinuierlich weiterentwickelt werden.
AGILE.CH	40a			AGILE.CH anerkennt, dass vertraute ärztliche Ansprechpersonen	Der Artikel «Erstberatungsstelle» ist zu streichen.

				insbesondere für Menschen, die regelmässig Medikamente einnehmen und/oder medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen müssen, hilfreich sind. Bereits heute verfügt die Mehrheit der versicherten Personen über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und verpflichten sich damit, vor dem Aufsuchen eines Facharztes/ einer Fachärztin den Hausarzt/ die Hausärztin oder die Telemed-Stelle zu kontaktieren. AGILE.CH begrüsst es, wenn diese Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer vom Bund gezielt gefördert werden, z.B. mittels Kampagnen. Hingegen lehnt AGILE.CH den Vorschlag des Bundesrats ab, eine Verpflichtung zur Erstabklärung bei einer Erstberatungsstelle einzuführen. Indem die Entscheidungskompetenz zur Form der Behandlung der Erstberatungsstelle übertragen wird, wird die Patientenautonomie beschnitten. So würden Patientinnen und Patienten, die spüren, dass etwas nicht stimmt, bei denen die Erstberatungsstelle jedoch die Ursache nicht findet, zukünftig nur eine Fachärztin aufsuchen können, wenn die Erstberatungsstelle zustimmt, was zwangsläufig zu einem Machtgefälle und die Abhängigkeit zwischen Patienten und Erstberatungsstelle führt. AGILE.CH befürchtet, dass die Erstberatungsstellen unter Druck stehen würden, nicht zu oft Überweisungen an Fachärztinnen und -ärzte vorzunehmen, insbesondere auch bei Patientinnen und Patienten ohne klare Diagnose. Bei Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten könnte das dazu führen, dass die Diagnose noch später gestellt würde, weil ihr Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten beschränkt wäre. Die Erstberatungsstelle könnte auch das Einholen von einer medizinischen Zweitmeinung verhindern, obwohl dadurch erwiesenermassen unnötige Eingriffe, Behandlungen und Therapien verhindert werden können. Für viele Menschen stellen die Krankenkassenprämien eine	Neue Gesetzesgrundlage Der Bundesrat und die Krankenversicherer fördern Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie können dazu namentlich Prämienrabatte gewähren oder nationale Kampagnen durchführen.

				grosse finanzielle Belastung dar. Der durch das Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erworbenen Rabatt ist für sie wichtig. Mit der Einführung der Erstberatungsstelle würde dieser Rabatt wegfallen, was für viele Menschen zu einer Erhöhung ihrer Prämie führen würde. Es gibt Krankheiten, bei denen ein Facharzt/ eine Fachärztin die Hauptverantwortung für die Behandlung trägt, bei zystischer Fibrose ist dies beispielsweise der Lungenspezialist/ die Lungenspezialistin. Bei solchen Krankheiten macht es keinen Sinn, die Erstberatung bei einer Ärztin oder einen Arzt mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Kinder- und Jugendmedizin oder um einen praktischen Arzt oder eine praktische Ärztin zu verorten.	
AGILE.CH	42	3ter		AGILE.CH begrüsst es grundsätzlich, dass die elektronische Rechnungsstellung im Gesundheitswesen zur Norm werden soll. AGILE.CH fordert, dass bei der Definition von gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronische Übermittlung der Rechnung ein besonderes Augenmerk auf die Zugänglichkeit für blinde Menschen gemäss Art. 9 UNO-BRK gerichtet werden muss. Blinde Menschen sind bei der Erarbeitung der Rechnungsvorlagen zwingend einzubinden. AGILE.CH regt an, die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit von Rechnungen für medizinische Leistungen zu verbessern. AGILE.CH findet es wichtig, dass versicherte Personen selber entscheiden können, ob sie die Rechnung in elektronischer Form oder kostenlos in Papierform erhalten möchten.	[3ter]Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln, wobei die Lesbarkeit für blinde Menschen gewährleistet sein muss.
	52	1		Im Einleitungssatz soll der Verweis auf den gesamten Artikel 32 KVG (WZW-Kriterien) ausgeweitet werden, weil der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung	[1]Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den

				spezifisch auf Arzneimittel, Analyse sowie Mittel und Gegenstände angewendet werden soll. AGILE.CH befürchtet, dass Menschen mit einer chronischen Krankheit wie z.B. Diabetes in der Folge ihre Medikamente im Jahresrhythmus wechseln müssen, wenn sie die Differenz zwischen der festgelegten Vergütung und dem Preis ihres bewährten Medikaments nicht bezahlen können. AGILE.CH lehnt die vorgeschlagene Änderung deshalb ab.	Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:
AGILE.CH	52b			Für Menschen, die auf ein Medikament angewiesen sind, das sich noch im Zulassungsverfahren befindet, ist es zentral, dass Medikamente ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic für sie verfügbar sind. AGILE.CH erwartet, dass Patientinnen und Patienten durch die Einführung der vorgeschlagenen Preismodelle zukünftig deutlich rascher neue Medikamente erhalten. Mit der Einführung eines Fonds, über den neue Medikamente während Preisverhandlungen bezahlt werden könnten, könnte ihre rasche Verfügbarkeit gewährleistet werden.	
AGILE.CH	52c			AGILE.CH unterstützt die Geheimhaltung der Höhe von Rückerstattungen zum Schutz der Pharmaindustrie, wenn dadurch tiefere Preise ausgehandelt und der zeitnahe Zugang (direkt ab dem positiven Zulassungsentscheid von Swissmedic) zu neuen innovativen Therapien gefördert werden können.	
AGILE.CH	54			AGILE.CH lehnt Kostenziele für das OKP-Wachstum dezidiert ab, da die Gefahr besteht, dass demografisch bedingte Mehrkosten durch Rationierungen von Leistungen kompensiert werden. Sollte die Bestimmung beibehalten werden, müsste zumindest folgender Absatz 6 ergänzt werden: «Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge stellt er sicher, dass es keine Rationierungen von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt.»	Artikel streichen

	54d			AGILE.CH bevorzugt klar die weniger verbindliche Variante von Art. 54d mit der Kann-Formulierung.	Kann-Bestimmung aufnehmen, falls Kostenziele eingeführt werden.
	54e			Menschen mit Behinderungen und Menschen mit chronischen Krankheiten können am besten beurteilen, welche Behandlungen und Medikamente ihre Lebensqualität verbessern. Ihr Einbezug in der Eidgenössischen Kommission für Kostenziele ist deshalb unabdingbar. AGILE.CH fordert deshalb, vier Vertretungen von Versicherten und Patientenorganisationen in der Kommission vorzusehen, davon mindestens zwei Personen, die selbst mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit leben und die Perspektive der Leistungsempfänger/innen in die Diskussion einbringen können. Um die Unabhängigkeit der Patientinnen- und Patientenvertretungen zu gewährleisten, ist die Kommissionsarbeit angemessen zu entschädigen. Sind Patientenorganisationen auf finanzielle Unterstützung von Pharmafirmen angewiesen, um ihr Erfahrungswissen und ihre Betroffenenkompetenz in solchen Gremien einzubringen, wird die Unabhängigkeit geschmälert. AGILE.CH regt zudem an, die Kommissionssitzungen zu protokollieren, um die Transparenz zu gewährleisten.	Zusätzlicher Absatz [4]Mindestens 4 Personen vertreten die Perspektive der versicherten Personen sowie der Patientinnen und Patienten, wobei mindestens zwei Personen selbst aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung Patientinnen und Patienten sind.
	IV	14		Kinder und Jugendliche haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anrecht auf medizinische Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Erwerbstätigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei Geburtsgebrechen, die in der GGL enthalten sind, übernimmt die IV ohne Rücksicht auf die spätere Erwerbstätigkeit alle medizinisch notwendigen Massnahmen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ist es essenziell, dass Behandlungen rasch erfolgen können und dass eine Behandlung im Zweifelsfall finanziert wird. Der Vorrang der	Art. 14 Abs. 1 Bst. d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Habilitation und Rehabilitation; [4]Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die ~~persönlichen Verhältnisse~~ persönliche Lebenssituation der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

				kostengünstigen Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 E-KVG ist insbesondere auch für das IVG entschieden abzulehnen. Mit der Behandlungen im Kindesalter werden wichtige Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben, für die gesellschaftliche Teilhabe und für die Erwerbstätigkeit gelegt. Die Zielsetzungen der Vergütungen von Behandlungen nach Art. 13 + 14 IVG unterscheiden sich somit wesentlich von den Zielsetzungen der OKP-Behandlungen. Die Offenheit für verschiedenste Behandlungsformen sollte in der IV unbedingt beibehalten werden. Dabei ist die Besonderheit von seltenen Krankheiten zu berücksichtigen, wie beispielsweise die kleineren Populationsgrösse welche sowohl Einfluss auf die statistische Auswertung als auch auf das Studiendesign haben könnten, der inhomogenen Patientengruppe und der damit verbleibenden Datenunsicherheiten bzw. -lücken. Hier ist auch zu erwähnen, dass die Revision der GG-Liste u.a. auch das Ziel verfolgt, weitere seltene Krankheiten, welche selbstverständlich die vorgegebenen Kriterien erfüllen müssen, aufzunehmen. AGILE.CH lehnt deshalb eine Angleichung der IVG-Bestimmungen an die KVG-Regelungen, die auf Rehabilitation ausgerichtet sind, klar ab. AGILE.CH fordert, dass der Begriff «Habilitation» gemäss Art.26 UNO-Behindertenrechtskonvention in Art. 14 IVG übertragen wird. Die Formulierung in Abs. 4 ist für AGILE.CH nicht klar. Wir gehen davon aus, dass auf die persönliche Lebenssituation und nicht auf die finanziellen Verhältnisse Rücksicht genommen wird. AGILE.CH schlägt vor, die Bestimmung präziser zu formulieren.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Allianz ‚Gesunde Schweiz'

Abkürzung der Firma / Organisation : AGS

Adresse : Dufourstr. 30, 3005 Bern

Kontaktperson : Verena Hoberg

Telefon : 0313501603

E-Mail : info@allianzgesundeschweiz.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
AGS	Die Allianz ‚Gesunde Schweiz' bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
AGS	In der Allianz ‚Gesunde Schweiz' setzen sich über 40 nationale Organisationen für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz ein. Die zahlreichen, von diversen Mitgliedorganisationen der Allianz angebotenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken,

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

	wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[2][3][4]
AGS	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[5] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[6] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[7]

[2] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[3] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[4] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[5] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[6] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[7] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

	Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[8], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.
AGS	Die Allianz ‚Gesunde Schweiz' bezieht zu den Kostenzielen keine Stellung. Dies ist nicht mit Zustimmung gleichzusetzen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[8] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AGS	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventionsprogramme).	
AGS	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
AGS	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
AGS	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[9] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt.	

[9] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				- Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - 70 Prozent der Versicherten haben ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Die Möglichkeit, ein anderes Versicherungsmodell zu wählen, und damit die freie Arztwahl, muss erhalten bleiben. - Das Modell soll gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung der Erstberatung würde diesem Anliegen entgegenstehen. Pauschalabgeltungen führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. - Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Das Ziel, dass die Erstberatung Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
AGS	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.	

				Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Allianz ‚Gesunde Schweiz'

Abkürzung der Firma / Organisation : Blaues Kreuz Schweiz

Adresse : Lindenrain 5, 3012 Bern

Kontaktperson : Didier Rochat, Monika Huggenberger

Telefon : 031 300 58 60

E-Mail : didier.rochat@blaueskreuz.ch, monika.huggenberger@blaueskreuz.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **6**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die Allianz ‚Gesunde Schweiz' bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
	In der Allianz ‚Gesunde Schweiz' setzen sich über 40 nationale Organisationen für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz ein. Die zahlreichen, von diversen Mitgliedorganisationen der Allianz angebotenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken,

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

	wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[2][3][4]
	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[5] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[6] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[7]

[2] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[3] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[4] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[5] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[6] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[7] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

	Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[8], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.
	Die Allianz ‚Gesunde Schweiz' bezieht zu den Kostenzielen keine Stellung. Dies ist nicht mit Zustimmung gleichzusetzen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[8] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventionsprogramme).	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[9] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt.	

[9] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				- Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - 70 Prozent der Versicherten haben ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Die Möglichkeit, ein anderes Versicherungsmodell zu wählen, und damit die freie Arztwahl, muss erhalten bleiben. - Das Modell soll gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung der Erstberatung würde diesem Anliegen entgegenstehen. Pauschalabgeltungen führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. - Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Das Ziel, dass die Erstberatung Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.	

				Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Cystische Fibrose Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : CFCH

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Reto Weibel

Telefon : +41 79 334 65 08

E-Mail : reto.weibel@cfch.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **5**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
CFCH	**Einleitung** Cystische Fibrose Schweiz (CFCH) freut sich, zur Vorlage Stellung nehmen zu können. Wir möchten grundsätzlich festhalten, dass die Grundgedanken bei den einzelnen Massnahmen aus dem Paket zwar nachvollziehbar sind, diese jedoch allein auf das Einsparen von Kosten zielen. Auch als Patientenorganisation, die sich seit über 50 Jahren für die Interessen ihrer Mitglieder engagiert, kümmern uns die Kosten, die das Gesundheitssystem im Allgemeinen und CF im Besonderen verursachen. Bei den meisten Massnahen ist die konkrete Ausgestaltung jedoch unklar und somit die Konsequenzen auf die Qualität der Behandlung für die Patientinnen und Patienten aus heutiger Sicht unsicher. Unserer Meinung nach bleiben viele Fragen offen und eine vertiefte Meinungsbildung ist schwierig. Je nach Ausformulierung gewisser Gesetzesänderungen besteht die Gefahr, dass die Massnahmen sich nachteilig auf CF-Kranke auswirken könnten. CF ist eine chronisch verlaufende, fortschreitende Erkrankung, welche nicht geheilt, aber mit einer breiten Palette von Therapiemöglichkeiten behandelt werden kann. In der Schweiz leben ungefähr 1000 CF-Betroffene. CF ist oft auf den ersten Blick von aussen nicht sichtbar. Durch die vorliegenden Symptome und den täglichen zeitintensiven Therapieaufwand bestimmt sie das Leben der Betroffenen trotzdem grundlegend. Die Betroffenen und ihre Angehörige haben zahlreiche Herausforderungen zu meistern. Der Prozess der Kostenübernahme durch die Krankenkasse bzw. IV ist eine davon. Insbesondere durch die Entwicklung innovativer Medikamente besteht seit einigen Jahren die Aussicht, dass ein besseres Leben mit CF in naher Zukunft möglich wird und weniger Lungentransplantationen notwendig werden. Da sich die Verhandlungen zwischen Bund und Pharmahersteller aufgrund unterschiedlicher Preisvorstellungen schwierig und langwierig gestalteten, war ein Zugang zu neuen Medikamenten nur über eine Ausnahmeregelung im Einzelfall möglich (KVV 71). Mit dem Ergebnis, dass ein gleichberechtigter Zugang aller CF-Betroffenen nicht sichergestellt war, sondern vom Entscheid des Krankenversicherers bzw. der IV abhängig war. Bei der Umsetzung von Kostenmassnahmen ist darum darauf zu achten, dass alle CF-Betroffenen gleichberechtigten Zugang zu medizinischen Leistungen für den Kampf gegen ihre Krankheit erhalten. Dieses Ziel darf nicht den geplanten Kostenmassnahmen zum Opfer fallen.
CFCH	**Grundsätzliches** Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bereitet auch der CFCH Sorgen. Erstens, weil steigende Prämien Menschen mit niedrigem und mittlerem Einkommen überdurchschnittlich belasten. Zweitens, weil schnell steigende Kosten den Spardruck erhöhen und viele Patienten dadurch ungewollt in die «Verursacherrolle» gedrängt werden, welche sie immer wieder zu Bittstellern werden lässt (siehe KVV 71 oben). Dazu kommt auch die eigene finanzielle Belastung (Kostenbeteiligung, Ausgaben für ungedeckte Kosten, Mindereinnahmen durch Erwerbsausfall etc.), die für CF-Betroffene und ihre Familien nicht zu unterschätzen ist. Aktuell läuft eine von der CFCH beim WIG in Auftrag gegebene Studie («Die

	gesellschaftlichen Kosten der Cystischen Fibrose in der Schweiz»), die in Kürze publiziert wird. Vor diesem Hintergrund schliessen wir uns der Forderung von ProRaris an: Kostendämpfungsmassnahmen dürfen nicht zu Leistungsbeschränkungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP führen, denn alle Menschen in der Schweiz haben ein Recht auf einen hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung. Menschen mit seltenen Krankheiten, welche oft auch von Behinderungen betroffen sind, sind mehrheitlich gesundheitlich deutlich beeinträchtigter als Menschen ohne Behinderungen und damit besonders auf eine für alle zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung angewiesen. Ihr Recht auf ein Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung durch Behinderung ist in der UNO-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben (Art. 25 UNO-BRK). Die Kostendämpfungsmassnahmen müssen also zwingend so ausgestaltet werden, dass sie nicht zu einer Benachteiligung von Menschen mit einer seltenen Krankheit wie z.B. CF führen. Die CVP-Kostenbremse-Initiative lehnt CFCH deshalb dezidiert ab. Durch die starre Koppelung der Kostenentwicklungs-Zielvorgabe an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und den Lohnindex würde die Initiative einer Rationierung von Leistungen Vorschub leisten und damit zu einer Zweiklassengesellschaft bei der medizinischen Versorgung führen. Allerdings haben es auch die Kostendämpfungsmassnahmen im Paket 2 des Bundesrates zum Teil in sich. Das als indirekter Gegenvorschlag aufgesetzte Massnahmenpaket ändert grundsätzlich nichts am Risiko einer Rationierung. Das Modell der Erstberatungsstelle wird beispielsweise CF-Betroffenen, deren ärztliche Hauptansprechperson in allen Fällen über Jahre die gleiche CF-spezialisierte Fachärztin oder der entsprechende Facharzt ist, in keiner Weise gerecht. Es macht das Leben von CF-Patienten und ihren Angehörigen nur schwieriger. Massnahmen zur Kostendämpfung sollten bei der Unter-, Über- oder Fehlversorgung ansetzen. Während bei einer Überversorgung unnötige Behandlungen bezahlt werden, führen Unter- und Fehlversorgungen zu Verschlechterung des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten und damit zu hohen Folgekosten. Es braucht u.a. weitere Anstrengungen, damit korrekte Diagnosen möglichst rasch gestellt und damit die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Im Bereich seltene Krankheiten wurden in diesem Jahr in der ganzen Schweiz interdisziplinäre und krankheitsübergreifende Zentren für Seltene Krankheiten von der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten KOSEK anerkannt. Die Bezeichnung von krankheitsspezifischen Referenzzentren inkl. Netzwerken wird bald folgen. Bei der gesetzlichen Ausgestaltung müssen auch solche neuen spezialisierten Zentren berücksichtigt werden, damit auch diese ihre koordinativen Aufgaben vergütet bekommen.
CFCH	**Generelle Rückmeldungen zum zweiten Kostendämpfungs-Massnahmenpaket** CFCH begrüsst grundsätzlich die Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung. Aus über 50 Jahren Erfahrung bei der Unterstützung unserer Mitglieder wissen wir um die Wichtigkeit der Koordination unter verschiedenen Leistungserbringern und dem Mehrwert, den abgestimmte interprofessionelle Zusammenarbeit für die Patienten bringen. Es ist allerdings wichtig, dass diese Koordination unter direkt Betroffenen und die für die Versorgung zuständigen Fachleuten erfolgt und der Staat diese Koordination nicht selber vornimmt. Wichtig ist, dass er die Anreize schafft.

	CFCH unterstützt die Einführung neuer Preismodelle, um den Zugang zu neuen Medikamenten zu beschleunigen. Im heutigen System führen blockierte Preisverhandlungen regelmässig dazu, dass Patienten, die dringend auf neue Arzneimittel angewiesen werden, lange warten und als Folge der langen Wartezeit. eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in Kauf nehmen müssen. Es braucht dringend Vorkehrungen, damit blockierte Verhandlungen nicht in eine Unterversorgung münden und schliesslich höhere Kosten verursachen, weil sich der Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten verschlechtert hat uns speziell bei CF als Folge des Wartens eine kostspielige Lungentransplantation unumgänglich wird.. Zusätzlich sollen Patient*innen und ihre Fach-Ärzt*innen bei den Preisverhandlungen von neuen Therapien hinsichtlich der Frage nach der Wirksamkeit in Zukunft systematisch einbezogen werden. Bei dieser Gelegenheit verweisen wir auf den Vorschlag, den die CFCH 2019 im Zusammenhang mit der Evaluation von KVV 71 zur Revision dieser Ausnahmeregelung gemacht hat: https://saez.ch/article/doi/saez.2019.18032/. Klar abgelehnt wird von der CFCH die Einführung einer Zielvorgabe für die OKP-Kostenentwicklung. Sollte sich eine Zielvorgabe als mehrheitsfähig erweisen und eingeführt werden, müsste mittels eines Monitorings sichergestellt werden, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt und allfällige Verschlechterungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zeitnah korrigiert werden können. Auch die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle lehnt CFCH ab, weil damit faktisch die freie Arztwahl abgeschafft bzw.so stark beschnitten wird, dass die Patienten in ihrer Autonomie eingeschränkt werden. Das widerspricht den Grundsätzen, die wir als Patientenorganisation im Interesse von CF-Patienten und ihren Familien verfolgen. CF-Betroffene benötigen einen direkten Zugang zu CF-spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten. Versicherungsmodelle mit freiwillig eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erfreuen sich bereits heute grosser Beliebtheit in der Bevölkerung. CFCH ist der Meinung, dass der Bundesrat diese Freiwilligkeit aufrechterhalten und mit spezifischen Anreizen fördern soll.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
CFCH	21			Wir unterstützen die Verpflichtung der Krankenversicherer zur Weitergabe von Daten grundsätzlich. Eine gute Datengrundlage hilft, um Über-, Fehl- und Unterversorgung zu erkennen, zu korrigieren und dadurch unnötige Kosten zu verhindern. Die Weitergabe von Daten pro versicherte Person lehnt CFCH jedoch ab. Wir befürchten, dass ein Kostennachweis für einzelne Krankheiten zu Diskussionen führen, wo verschiedene schwere Krankheiten gegeneinander ausgespielt werden.	[2]Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. ~~Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht~~

				(Stichwort: Wie viel darf ein gewonnenes Lebensjahr kosten?) Damit würde die Verpflichtung, den Zugang zu medizinischen Einrichtungen und zu ärztlicher Betreuung im Krankheitsfall für *alle* sicherzustellen (Art. 12 Abs. 2 lit. b UNO-Pakt I), in Frage gestellt. Sollte die Weitergabe von Daten pro versicherte Person eine Mehrheit finden, müsste bei der Veröffentlichung von Daten sichergestellt werden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.	~~zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:~~ a. ~~zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Mass-nahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;~~ b. ~~zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungender und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;~~ c. ~~zur Evaluation des Risikoausgleichs;~~ d. ~~zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.~~
CFCH	32	3		Mit diesem neuen Gesetzesabsatz wird der Bundesrat ermächtigt festzulegen, wie die Prüfung nach WZW-Kriterien erfolgen soll und welche Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung gelten. Zukünftig soll die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen wie bspw. Arzneimittel) zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung (z.B. Einführung bzw. Erstaufnahme, etablierte Anwendung, Ablösung durch neue Leistungen) mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe differenziert erfolgen können. Die erstmalige	Artikel streichen

				WZW-Prüfung einer Leistung soll jeweils systematisch und vollständig durchgeführt werden. Bei den periodischen Überprüfungen soll eine vertiefte Prüfung der Kriterien erfolgen, soweit dies angezeigt ist. So kann bereits einige Jahre nach der erstmaligen WZW-Prüfung einer Leistung im Rahmen der Neuaufnahme in den Leistungskatalog der OKP der Prüfung von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nicht mehr das gleiche Gewicht zukommen wie bei der Aufnahme. Ausnahmen gibt es insbesondere, wenn neue Studien und Daten vorliegen, die eine Veränderung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit seit der Aufnahme nachweisen. CFCH befürchtet, dass mit dieser neuen Regelung das Kostengünstigkeitsprinzip durchgesetzt wird und die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit an Bedeutung verlieren. Um die Patienten konsequent ins Zentrum zu stellen, verdient das Kriterium Zweckmässigkeit besondere Beachtung und muss daher bei allen Überprüfungen mit einbezogen werden. Bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit sollen im Fall von neuartigen und komplexen Therapien spezialisierte medizinische Fachexperten und Patientinnen bzw. die sie vertretenden Organisationen einbezogen werden.	
CFCH	36b			Viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Beschwerden betroffen, wobei sowohl die Kombination von körperlichen und psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Rückenschmerzen und Depression) als auch das gleichzeitige Vorliegen von verschiedenen somatischen respektive psychischen Störungen vorkommen. Die gute Abstimmung bei Übergängen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen unterschiedlicher Ausrichtungen sind für sie essenziell. CFCH begrüsst deshalb die Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und fordert gleichzeitig, dass ein besonderes Augenmerk auf den hindernis-	[2]Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Er berücksichtigt dabei, den rechtsgleichen Zugang zu einer adäquaten Behandlung für alle Patienten, speziell im Fall von seltenen Krankheiten. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ

				und diskriminierungsfreien Zugang zu den Netzwerken gerichtet werden muss. Ebenfalls müssen die Bedürfnisse von Menschen mit seltenen Krankheiten berücksichtigt werden. Für diese Patientengruppe wurden in diesem Jahr in der ganzen Schweiz interdisziplinäre und krankheitsübergreifende Zentren für Seltene Krankheiten von der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten KOSEK anerkannt. Die Bezeichnung von krankheitsspezifischen Referenzzentren inkl. Netzwerken wird bald folgen. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind diese Strukturen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung (gemäss Art. 36b) hinsichtlich Vergütung von Leistungen und Koordinationsaufgaben gleichzustellen. Sollte sich das Modell der Erstberatungsstelle durchsetzen, sollen die Zentren und ihre Netzwerke den Status einer Erstberatungsstelle (Art. 40a) erhalten. Da die Netzwerke neu eingeführt werden, sollten sie nach ca. 5 Jahren evaluiert werden, um sie weiterentwickeln zu können. CFCH schlägt vor, die Evaluation im Gesetz vorzusehen. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer betrieben und / oder kontrolliert werden.	hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. [3]Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: […] h. die Gewährleistung eines barrierefreien und diskriminierungsfreien Zugangs zum Netzwerk i das in den Abläufen verankerte Mitspracherecht von Patientinnen und Patienten [4]Der Bundesrat sorgt dafür, dass die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung gestützt auf regelmässige Überprüfungen kontinuierlich weiterentwickelt werden.
CFCH	40a			CFCH anerkennt, dass vertraute ärztliche Ansprechpersonen insbesondere für Menschen hilfreich sind, die regelmässig Medikamente einnehmen und/oder medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen müssen. Bereits heute verfügt die Mehrheit der versicherten Personen über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und verpflichtet	Der Artikel «Erstberatungsstelle» ist zu streichen. Neue Gesetzesgrundlage Der Bundesrat und die Krankenversicherer fördern Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie können dazu

				sich damit, vor dem Aufsuchen eines Spezialisten den Hausarzt oder die Telemed-Stelle zu kontaktieren. CFCH begrüsst es, wenn diese Versicherungsmodelle vom Bund gefördert werden. Eine Pflicht zur Erstabklärung bei einer Erstberatungsstelle lehnt CFCH hingegen dezidiert ab. Damit wird die Patientenautonomie beschnitten. CF ist eine Krankheit, die hauptverantwortlich von Pneumologen behandelt wird. Da macht es keinen Sinn, bei einem Grundversorger in die Erstberatung zu gehen.	namentlich Prämienrabatte gewähren oder nationale Kampagnen durchführen.
CFCH	52	1		Im Einleitungssatz soll der Verweis auf den gesamten Artikel 32 KVG (WZW-Kriterien) ausgeweitet werden, weil der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung spezifisch auf Arzneimittel, Analyse sowie Mittel und Gegenstände angewendet werden soll. Es ist zu befürchten, dass Menschen mit einer chronischen Krankheit, welche auf die regelmässige Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, in der Folge ihre Medikamente im Jahresrhythmus wechseln müssen, wenn sie die Differenz zwischen der festgelegten Vergütung und dem Preis ihres bewährten Medikaments nicht bezahlen können. Gerade bei chronischen Krankheiten kann es erhebliche gesundheitliche Schwierigkeiten bei der Umstellung geben. Dieser Eingriff in die Behandlung ist zu verhindern. Ebenfalls müssen medizinisch begründete Verschreibungen von Original-Präparaten zugelassen werden. Ebenfalls kann die Neueinstellung auf das kostengünstigere Medikament zusätzliche Kosten für die Betreuung von Nebenwirkungen oder für die Beratung zur korrekten Einnahme generieren. CFCH lehnt die vorgeschlagene Änderung aus den genannten Gründen ab.	[1]Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

CFCH	52b			Für Menschen, die auf ein Medikament angewiesen sind, das sich noch im Zulassungsverfahren befindet, ist es zentral, dass Medikamente ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic für sie verfügbar sind. Als führende Patientenorganisation im Bereich der Seltenen Krankheiten, die 1000 Patienten in allen Landesteilen vertritt, fordert CFCH, dass Patientinnen und Patienten durch die Einführung der vorgeschlagenen Preismodelle zukünftig deutlich rascher neue Medikamente erhalten. Mit der Einführung eines Fonds, über den neue Medikamente während Preisverhandlungen bezahlt werden könnten, könnte ihre rasche Verfügbarkeit gewährleistet werden. Aber auch mit einer Revision von KVV 71, bei der die Patienten und ihre spezialisierten Fach-Ärzte direkt beim Entscheid über eine Vergütung im Einzelfall beigezogen werden, kann der gleichberechtigte Zugang von Patienten zu Medikamenten, die sich noch nicht auf der SL befinden, vereinfacht und beschleunigt werden. CFCH verweist dabei auf ihren Diskussionsvorschlag aus dem Jahre 2019: https://saez.ch/article/doi/saez.2019.18032/.	
CFCH	52c			Im Interesse eines möglichst grossen Verhandlungsspielraumes für Kompromisse ist Vertraulichkeit zentral. CFCH unterstützt deshalb die Geheimhaltung der Höhe von Rückerstattungen zum Schutz der Pharmaindustrie, wenn dadurch tiefere Preise ausgehandelt und der zeitnahe Zugang (direkt ab dem positiven Zulassungsentscheid von Swissmedic) zu neuen innovativen Therapien gefördert werden können.	
CFCH	54			CFCH lehnt Kostenziele für das OKP-Wachstum dezidiert ab, weil das der erste Schritt zur Rationierungen von Leistungen ist. Sollte die Bestimmung beibehalten werden, müsste zumindest folgender Absatz 6 ergänzt werden: «Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge stellt er sicher, dass es	Artikel streichen

				keine Rationierungen von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt.»	
	54d			CFCH bevorzugt klar die weniger verbindliche Variante von Art. 54d mit der Kann-Formulierung.	Kann-Bestimmung aufnehmen, falls Kostenziele eingeführt werden.
	54e			CF-Patienten und deren Familien (ebenso wie Betroffene anderer seltenen Krankheiten) eigenen sich im Verlauf der Krankheit viel Wissen bezüglich Behandlungen und Medikamenten an, die ihre Lebensqualität positiv beeinflussen. Diese Fach-Expertise wird von Behörden und Politik viel zu selten in die Entscheidungsfindung einbezogen. CFCH ist deshalb der Ansicht, dass insbesondere auch in der Eidgenössischen Kommission für Kostenziele die Stimme von Patienten angemessen vertreten sein muss und fordert deshalb, vier Vertretungen von Versicherten und Patientenorganisationen in der Kommission vorzusehen, davon mindestens zwei Personen, die selbst mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit leben und die Perspektive der Leistungsempfänger/innen in die Diskussion einbringen können. Um die Unabhängigkeit der Patientinnen- und Patientenvertretungen zu gewährleisten, ist die Kommissionsarbeit angemessen zu entschädigen. Sind Patientenorganisationen auf finanzielle Unterstützung von Pharmafirmen angewiesen, um ihr Erfahrungswissen und ihre Betroffenenkompetenz in solchen Gremien einzubringen, wird die Unabhängigkeit geschmälert. CFCH unterstützt zudem die Anregung von ProRaris, die Kommissionssitzungen zu protokollieren, um die Transparenz zu gewährleisten.	Zusätzlicher Absatz [4]Mindestens 4 Personen vertreten die Perspektive der versicherten Personen sowie der Patientinnen und Patienten, wobei mindestens zwei Personen selbst aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung Patientinnen und Patienten sind.
CFCH	IV	14		Kinder und Jugendliche haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anrecht auf medizinische Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Erwerbstätigkeit dauernd und wesentlich	Art. 14 Abs. 1 Bst. d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Habilitation und Rehabilitation;

				zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei Geburtsgebrechen, die in der GGL enthalten sind, übernimmt die IV ohne Rücksicht auf die spätere Erwerbstätigkeit alle medizinisch notwendigen Massnahmen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ist es essenziell, dass Behandlungen rasch erfolgen können und dass eine Behandlung im Zweifelsfall finanziert wird. Der Vorrang der kostengünstigen Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 E-KVG ist insbesondere auch für das IVG entschieden abzulehnen. Mit der Behandlung im Kindesalter werden wichtige Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben, für die gesellschaftliche Teilhabe und für die Erwerbstätigkeit gelegt. Die Zielsetzungen der Vergütungen von Behandlungen nach Art. 13 + 14 IVG unterscheiden sich somit wesentlich von den Zielsetzungen der OKP-Behandlungen. Die Offenheit für verschiedenste Behandlungsformen sollte in der IV unbedingt beibehalten werden. Dabei ist die Besonderheit von seltenen Krankheiten zu berücksichtigen, wie beispielsweise die kleineren Populationsgrösse, welche sowohl Einfluss auf die statistische Auswertung als auch auf das Studiendesign haben könnten und die inhomogene Patientengruppe und die damit verbleibenden Datenunsicherheiten bzw. -lücken. Hier ist auch zu erwähnen, dass die Revision der GG-Liste u.a. auch das Ziel verfolgt, weitere seltene Krankheiten, welche selbstverständlich die vorgegebenen Kriterien erfüllen müssen, aufzunehmen. CFCH lehnt deshalb eine Angleichung der IVG-Bestimmungen an die KVG-Regelungen, die auf Rehabilitation ausgerichtet sind, klar ab und fordert, dass der Begriff «Habilitation» gemäss Art.26 UNO-Behindertenrechtskonvention in Art. 14 IVG übertragen wird.	[4]Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die ~~persönlichen Verhältnisse~~ persönliche Lebenssituation der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

				Die Formulierung in Abs. 4 ist für CFCH nicht klar. Wir gehen davon aus, dass auf die persönliche Lebenssituation und nicht auf die finanziellen Verhältnisse Rücksicht genommen wird. CFCH schlägt vor, die Bestimmung präziser zu formulieren.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Chronischkrank.ch

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse :

Kontaktperson : Frau Moser

Telefon :

E-Mail : sekretariat@chronischkrank.ch

Datum : 12.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **6**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	«Chronischkrank.ch» bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
	Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[1][2][3]

[1] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[2] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[3] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[4] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[5] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[6] Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[7], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur

[4] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[5] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[6] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

[7] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

	Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.
	„Chronischkrank.ch“ bezieht zu den Kostenzielen keine Stellung. Dies ist nicht mit Zustimmung gleichzusetzen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventionsprogramme).	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[8] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt.	

[8] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				- Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - 70 Prozent der Versicherten haben ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Die Möglichkeit, ein anderes Versicherungsmodell zu wählen, und damit die freie Arztwahl, muss erhalten bleiben. - Das Modell soll gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung der Erstberatung würde diesem Anliegen entgegenstehen. Pauschalabgeltungen führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. - Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Das Ziel, dass die Erstberatung Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.	

				Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Ehlers-Danlos Netz Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Konsumstr. 5, 8630 Rüti

Kontaktperson : Dirk Hochtritt, Vorstandsmitglied

Telefon : 079-5962763

E-Mail : dirk@ehelrs-danlos.ch

Datum : 24. August 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Sie wollen eine 100%-ige Erstberatungspflicht für alle Versicherten um Geld zu sparen und die Qualität zu erhöhen. Schliesslich verfügen 70% der Versicherten bereits über dieses Versicherungsmodell.[1] Es hat sich also bewährt ... für 70 Prozent!
Es stellt sich die Frage, warum die restlichen 30% noch nicht das, für das eigene Portemonnaie günstigere Modell gewählt haben?

Eine Antwort gibt das BAG -ihr Haus- selbst im Papier «Zahlreiche Seltene Krankheiten und viele betroffene Menschen»[2] und «Nationales Konzept Seltene Krankheiten»[3]:

- In der Schweiz sind circa eine halbe Millionen Menschen von einer der 6000-8000 seltenen Krankheiten betroffen oder 7% der Schweizer Bevölkerung.[2]
- „Oft sind sie lebensbedrohend oder ziehen eine chronische Invalidität nach sich.“ [2]
- „Die Seltenheit der einzelnen Erkrankungen kompliziert die Forschung und erschwert die Diagnose und medizinische Versorgung.“[2]
- «Wenn nur wenige Menschen an einer seltenen Krankheit leiden, gibt es auch nur wenig Fachwissen.»[2]
- „Vorhandene Behandlungs- und Versorgungsangebote ausfindig zu machen, ist oft schwierig. Anerkannte Therapien gibt es kaum, und auch diese beschränken sich oft auf die Bekämpfung der Symptome.“[2]

Also, 7% aller Patienten mit einer von sechstausend möglichen, oft lebensbedrohlichen, seltenen Krankheiten sollen zum Hausarzt oder kontaktieren online ein telemedizinisches Zentrum. «Und diese dürfen dann entscheiden, ob eine Behandlung oder weitere Untersuchung der Patient benötigt.»[1]?

Hausarztmedizin oder Allgemeinmedizin funktioniert, wie der Name bereits impliziert, für den Hausgebrauch, alltägliche, häufige Beschwerden bzw. für allgemein bekannte Krankheiten. Für das Erkennen einer seltenen Krankheit reicht aber Fieber messen und Blutdruck messen nicht aus, leider! Die fachliche Überforderung der Mediziner generell und der Allgemeinmediziner im Besonderen wird mit dem Statement ihres Hauses festgestellt: «Oft dauert es deshalb manchmal Jahre oder Jahrzehnte bis zur richtigen Diagnose.» [2]

1 BAG: Faktenblatt Erstberatungsstelle vom 19. August 2020

2 BAG: Zahlreiche Seltene Krankheiten und viele betroffene Menschen vom 13. Februar 2020

3 BAG: Nationales Konzept Seltene Krankheiten vom 19. Februar 2020

Beispiel seltene Krankheit Ehlers-Danlos Syndrom (EDS):
«Keine andere Erkrankung in der modernen Medizin ist so vernachlässigt worden wie das Ehlers-Danlos-Syndrom!»[4]
Die durchschnittliche Dauer bis zur Erstdiagnose von EDS ist geschätzt knapp 20 Jahre[5]!
Der Spiegel dazu sind Anfragen an unsere Patientenorganisation Ehlers-Danlos Netz Schweiz, die unisono einen Tenor haben (Zitate aus letzten Anfragen seit 9. Juli 2020):

«Ich habe keinen Hausarzt mehr, es war mit der Zeit so viel anstrengender, die Ärzte zu überzeugen versuchen, dass ich wirklich was habe, als die diversen Leiden auszuhalten.»

«Nun bin ich auf der Suche nach einem Arzt in der Schweiz, der das kennt. Ich habe es mehrfach versucht, jedoch ohne Erfolg. Und eine "Belehrung" der Götter in Weiss kommt verständlicher Weise nicht gut an.»

«Ich stelle leider immer wieder fest, dass Ärzte entweder noch nie von der Erkrankung gehört haben oder sie haben davon gehört aber anerkennen diese nicht als solche.»

«Ich habe verschiedene Ansätze gefunden wie man die Verschiedenen (aber doch zusammenhängenden) Syndrome herausfinden oder abklären könnte, doch meine Ärztin kennt sich damit nicht aus und kennt auch niemanden der sich damit auskennt.»

«Auf diese Krankheit angesprochen, hat mein Hausarzt erwidert, ich solle dies gleich wieder vergessen. Das sei eine sehr seltene Krankheit und meine Symptome könnten auch anders erklärt werden.»

Mit der Schaffung von Zentren für seltene Krankheiten, ist das Problem nicht gelöst. Denn keine Erstberatungsstelle überweist einen Patienten, wenn dessen seltene Krankheit nicht erkannt oder wenigstens vermutet wird. Ob dann die oft notwendige interdisziplinäre Behandlung von Betroffenen mit diesen Zentren gewährleistet werden kann, bleibt abzuwarten.

Fazit: Der Gesetzentwurf zur Erstberatungspflicht konterkariert die ersten zwei Ziele des Nationalen Konzeptes Seltene Krankheiten[3]:

1. Zugang zur Diagnose und ihrer Vergütung
2. Zugang zu Therapien und ihrer Vergütung

Eine freie Arztwahl ist für alle Betroffenen zur Diagnosefindung und Behandlung essentiell und ohne Bestrafung durch noch höhere Krankenkassenbeiträge. Die Gesundheitskosten der Patienten mit seltenen Krankheiten betragen nicht nur durch höhere Beiträge bereits ein Vielfaches der Gesunden.
Bitte erschweren Sie unsere ehrenamtliche Tätigkeit als Patientenorganisation und die aller anderen einer seltenen Krankheit nicht noch mehr.

---

4 Rodney Graham, Rheumatologe London: «No other condition in modern medicine, has been neglected in in such a way as Ehlers-Danlos Syndrome»; https://www.raredisease.org.uk/news-event/living-with-ehlers-danlos-syndrome/ 24.8. 2020

5 https://www.sededs.com/cio-gr/ 24.8.2020

Wenn sie unnötige, teure Mehrfachabklärungen oder Ärztetehopping verhindern wollen, bitte nicht auf dem Rücken der ohnehin Benachteiligten mit seltenen Krankheiten.

Besten Dank für Ihre Rücksichtnahme zum Wohle von Menschen mit seltenen Krankheiten.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Siehe Allgemeine Bemerkungen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

keine

OFFENER BRIEF

Zur Erstberatungspflicht für alle Versicherten – Massive Benachteiligung für eine halbe Millionen Schweizer*innen

Ehlers-Danlos Netz Schweiz · Konsumstrasse 5 · CH-8630 Rüti (ZH)

Bundesamt für Gesundheit BAG
Herr Bundesrat Alain Berset
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

info@bag.admin.ch

Basel, d. 24. August 2020

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Sie wollen eine 100%-ige Erstberatungspflicht für alle Versicherten um Geld zu sparen und die Qualität zu erhöhen. Schliesslich verfügen 70% der Versicherten bereits über dieses Versicherungsmodell.[1] Es hat sich also bewährt ... für 70 Prozent!
Es stellt sich die Frage, warum die restlichen 30% noch nicht das, für das eigene Portemonnaie günstigere Modell gewählt haben?

Eine Antwort gibt das BAG -ihr Haus- selbst im Papier «Zahlreiche Seltene Krankheiten und viele betroffene Menschen»[2] und «Nationales Konzept Seltene Krankheiten»[3]:

- In der Schweiz sind circa eine halbe Millionen Menschen von einer der 6000-8000 seltenen Krankheiten betroffen oder 7% der Schweizer Bevölkerung.[2]
- „Oft sind sie lebensbedrohend oder ziehen eine chronische Invalidität nach sich.“ [2]
- „Die Seltenheit der einzelnen Erkrankungen kompliziert die Forschung und erschwert die Diagnose und medizinische Versorgung.“[2]
- «Wenn nur wenige Menschen an einer seltenen Krankheit leiden, gibt es auch nur wenig Fachwissen.»[2]
- „Vorhandene Behandlungs- und Versorgungsangebote ausfindig zu machen, ist oft schwierig. Anerkannte Therapien gibt es kaum, und auch diese beschränken sich oft auf die Bekämpfung der Symptome.“[2]

Also, 7% aller Patienten mit einer von sechstausend möglichen, oft lebensbedrohlichen, seltenen Krankheiten sollen zum Hausarzt oder kontaktieren online ein telemedizinisches Zentrum. «Und diese dürfen dann entscheiden, ob eine Behandlung oder weitere Untersuchung der Patient benötigt.»[1]?

Hausarztmedizin oder Allgemeinmedizin funktioniert, wie der Name bereits impliziert, für den Hausgebrauch, alltägliche, häufige Beschwerden bzw. für allgemein bekannte Krankheiten. Für das Erkennen einer seltenen Krankheit reicht aber Fieber messen und Blutdruck messen nicht aus, leider! Die fachliche Überforderung der Mediziner generell und der Allgemeinmediziner im Besonderen wird mit dem Statement ihres Hauses festgestellt: «Oft dauert es deshalb manchmal Jahre oder Jahrzehnte bis zur richtigen Diagnose.» [2]

1 BAG: Faktenblatt Erstberatungsstelle vom 19. August 2020
2 BAG: Zahlreiche Seltene Krankheiten und viele betroffene Menschen vom 13. Februar 2020
3 BAG: Nationales Konzept Seltene Krankheiten vom 19. Februar 2020

OFFENER BRIEF

Zur Erstberatungspflicht für alle Versicherten – Massive Benachteiligung für eine halbe Millionen Schweizer*innen

Beispiel seltene Krankheit Ehlers-Danlos Syndrom (EDS):
«Keine andere Erkrankung in der modernen Medizin ist so vernachlässigt worden wie das Ehlers-Danlos-Syndrom!»[4]
Die durchschnittliche Dauer bis zur Erstdiagnose von EDS ist geschätzt knapp 20 Jahre[5]!
Der Spiegel dazu sind Anfragen an unsere Patientenorganisation Ehlers-Danlos Netz Schweiz, die unisono einen Tenor haben (Zitate aus letzten Anfragen seit 9. Juli 2020):

«Ich habe keinen Hausarzt mehr, es war mit der Zeit so viel anstrengender, die Ärzte zu überzeugen versuchen, dass ich wirklich was habe, als die diversen Leiden auszuhalten.»

«Nun bin ich auf der Suche nach einem Arzt in der Schweiz, der das kennt. Ich habe es mehrfach versucht, jedoch ohne Erfolg. Und eine "Belehrung" der Götter in Weiss kommt verständlicher Weise nicht gut an.»

«Ich stelle leider immer wieder fest, dass Ärzte entweder noch nie von der Erkrankung gehört haben oder sie haben davon gehört aber anerkennen diese nicht als solche.»

«Ich habe verschiedene Ansätze gefunden wie man die Verschiedenen (aber doch zusammenhängenden) Syndrome herausfinden oder abklären könnte, doch meine Ärztin kennt sich damit nicht aus und kennt auch niemanden der sich damit auskennt.»

«Auf diese Krankheit angesprochen, hat mein Hausarzt erwidert, ich solle dies gleich wieder vergessen. Das sei eine sehr seltene Krankheit und meine Symptome könnten auch anders erklärt werden.»

Mit der Schaffung von Zentren für seltene Krankheiten, ist das Problem nicht gelöst. Denn keine Erstberatungsstelle überweist einen Patienten, wenn dessen seltene Krankheit nicht erkannt oder wenigstens vermutet wird. Ob dann die oft notwendige interdisziplinäre Behandlung von Betroffenen mit diesen Zentren gewährleistet werden kann, bleibt abzuwarten.

Fazit: Der Gesetzentwurf zur Erstberatungspflicht konterkariert die ersten zwei Ziele des Nationalen Konzeptes Seltene Krankheiten[3]:

1. Zugang zur Diagnose und ihrer Vergütung
2. Zugang zu Therapien und ihrer Vergütung

Eine freie Arztwahl ist für alle Betroffenen zur Diagnosefindung und Behandlung essentiell und ohne Bestrafung durch noch höhere Krankenkassenbeiträge. Die Gesundheitskosten der Patienten mit seltenen Krankheiten betragen nicht nur durch höhere Beiträge bereits ein Vielfaches der Gesunden.
Bitte erschweren Sie unsere ehrenamtliche Tätigkeit als Patientenorganisation und die aller anderen einer seltenen Krankheit nicht noch mehr.
Wenn sie unnötige, teure Mehrfachabklärungen oder Ärztehopping verhindern wollen, bitte nicht auf dem Rücken der ohnehin Benachteiligten mit seltenen Krankheiten.

Besten Dank für Ihre Rücksichtnahme zum Wohle von Menschen mit seltenen Krankheiten.

Hochachtungsvoll

EHLERS-DANLOS NETZ SCHWEIZ
vernetzen, sensibilisieren, aufklären, helfen
ehlers-danlosnetzschweiz.blogspot.ch

Dirk Hochtritt
Vorstandsmitglied
dirk@ehlers-danlos.ch

Bettina Immler
Stv. Vorsitzende

Jasmin Polsini
Vorsitzende

4 Rodney Graham, Rheumatologe London: «No other condition in modern medicine, has been neglected in in such a way as Ehlers-Danlos Syndrome»; https://www.rarediseasе.org.uk/news-event/living-with-ehlers-danlos-syndrome/ 24.8. 2020
5 https://www.sededs.com/cio-gr/ 24.8.2020

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Engagés pour la Santé

Abréviation de la société / de l'organisation : EPS

Adresse : Avenue Juste Olivier 21, 1006 Lausanne

Personne de référence : Professeur Philippe Conus, président de l'association

Téléphone : 079 556 52 77

Courriel : philippe.conus@chuv.ch

Date : 19.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
EPS	Composée de plus d'une centaine de professionnels de la santé et de citoyens concernés, l'association « Engagés pour la santé », créée en octobre 2018 dans le canton de Vaud, travaille à l'élaboration de propositions concrètes pour défendre un système de santé non seulement équitable et accessible à tous, mais également respectueux de l'environnement.
EPS	Dans l'ensemble, les Engagés pour la Santé estiment que l'objectif visé par cette révision de la LAMal est louable, mais que les tâches administratives qu'il va engendrer au niveau de la Confédération, des cantons et des assureurs sont énormes et que leur coût va nuire de façon importante à l'objectif de réduction des coûts visé par cette modification législative. La très grande complexité des modifications proposées, avec de nombreuses mesures permettant des échappatoires, pourrait aussi contribuer à un affaiblissement de l'efficacité potentielle. Il nous parait indispensable d'insister sur le fait que ces modifications ne doivent en aucun cas être source d'inégalité dans l'accès aux soins et qu'elles ne doivent pas conduire à un rationnement des soins. Enfin, il faut renforcer dans le texte l'importance de la prévention et promotion de la santé visant à réduire l'impact des maladies chroniques dont le nombre et l'impact croît avec l'âge.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
EPS	21	1-2		La transmission par les assureurs des coûts générés par les fournisseurs de prestations, par cantons, voire par assurés va nécessiter un travail administratif supplémentaire et donc une augmentation des coûts administratifs des assureurs qui vont encore alourdir les primes.	
EPS	21	2	d	Quel est le but recherché en parlant d'évaluer le caractère économique par exemple dans le domaine des médicaments : -évaluer le succès d'un type de traitement (famille de médicaments) et évaluer son économicité ou - relier les prescriptions aux fournisseurs de prestations pour surveiller leur volume de prescription. Par ailleurs il est important que l'OFSP collabore avec le préposé fédéral à la protection des données pour le traitement des données afin de maintenir le risque d'identification d'un-e assuré-e le plus bas possible.	
EPS	21	3		Il est important que l'OFSP collabore avec le préposé fédéral à la protection des données pour le traitement des données afin de maintenir le risque d'identification d'un-e assuré-e le plus bas possible.	
EPS	32	3		Les Engagés pour la Santé soutiennent, une fois la base légale de l'art. 32, al.3 créée, un examen annuel des prix, de l'efficacité et de l'adéquation des médicaments remboursés.	

EPS	33	3bis		Certains programmes structurés ont une base cantonale. Il y a une certaine ambiguïté dans cet article qui dit que c'est le Conseil Fédéral qui définit les prestations qui peuvent être fournies dans le cadre de programmes structurés.	3 bis Il désigne les prestations qui peuvent être fournies dans le cadre de programmes structurés nationaux, placés sous….
EPS	36b	1-3		Les réseaux de soins coordonnés peuvent être des structures adaptées pour répondre aux besoins des patients chroniques. Il est toutefois indispensable de compléter les conditions d'admission des réseaux de manière à exclure tout réseau contrôlé directement ou indirectement par une assurance-maladie ou une organisation à but exclusivement lucratif. Les réseaux de soins doivent aussi se concentrer, hormis la prise en charge des pathologies médicales, sur des mesures de prévention et de promotion de la santé.	3 Les conditions d'admission portent sur : h. l'indépendance des réseaux de soins à l'égard des assureurs et des organisations investissant à des fins exclusivement lucratives.
EPS	40 a	3		Les Engagés pour la Santé soutiennent le principe de l'introduction dans la loi d'un premier point de contact. La liste des titres postgrades pouvant être considérée comme premier point de contact est cependant trop restrictif, surtout que, déjà actuellement, la plupart de médecins possédant ces titres, y compris ceux fonctionnant dans des réseaux de soins coordonnés, n'acceptent plus de nouveaux patients. Ce système risque donc de conduire à des retards importants de prise en charge des patient-e-s. Il convient donc d'une part de prévoir la formation accrue de nouveaux médecins spécialistes en médecine générale interne et d'autre part d'accroître la liste des médecins pouvant assumer le rôle de premier point de contact.	3. Peut assumer le rôle de premier point de contact: d. un médecin disposant d'un autre titre postgrade que ceux mentionné à la lettre a, dans la mesure où ses compétences médicales sont adéquates pour assumer le rôle de premier point de contact compte tenu de la pathologie présentée par l'assuré.
EPS	40 a	4		C'est un souhait légitime que de demander aux cantons de tenir à jour une liste des médecins pouvant assumer le rôle de premier contact. Toutefois, actuellement, il s'agit d'un exercice très	

				difficile. De nombreux médecins figurent encore sur des listes alors qu'ils ont cessé leur activité. Tenir à jour cette liste va nécessiter une augmentation de la charge administrative pour les cantons.	
EPS	40 a	6		Il est décrit la façon de procéder : l'assuré choisit un fournisseur de prestation qui, s'il est disposé à assumer le rôle de premier point de contact, le confirme à l'assuré. Ce dernier doit ensuite informer l'assureur. Tout cela semble bien simple, mais, en réalité, nécessite un accès informatique pour avoir accès à la liste cantonale, ce qui n'est pas une réalité pour nombre de patients, âgés ou non formés à l'informatique.	
EPS	40 a	7	a	Le texte dit que le conseil fédéral règle les conditions auxquelles l'assuré peut changer de premier point de contact. Il conviendra de voir comment ce point est réglé par l'ordonnance, mais il semble évident que, si un assuré n'est pas satisfait du contact et des compétences du premier point de contact qu'il a choisi, il a le droit d'en changer librement, sans que le Conseil fédéral ne s'y oppose.	
EPS	40 a	7	b	Les Engagés pour la Santé rejetteront toute mesure prévoyant un rôle accru des assureurs dans la définition et la limitation des premiers points de contact.	
EPS	40 c			C'est la première fois que l'on inscrit dans la LAMal le principe d'un « fonctionnariat » du premier contact. Le forfait annuel auquel a droit le fournisseur de prestations, même si l'assuré ne recourt pas à ses prestations, conduit au risque de sélection des assuré-e-s dans la mesure où il est plus intéressant de choisir des patient-e-s générant des coûts inférieurs à ceux du forfait et à	40c, al 2 …. ne recourt pas à ses prestations. Une fois par année, il propose à l'assuré-e une consultation où sont abordés les questions de prévention et de promotion de la santé.

				délaisser les patient-e-s présentant des états de santé moins bon. Il faut impérativement éviter une sélection des risques. Le forfait prévu devrait au moins assurer un contact annuel avec l'assuré-e et devrait couvrir au minimum les mesures de prévention et de promotion de la santé dont tout assuré-e bénéficie, quels que soient son âge et son état de santé.	40c, al 4 Il désigne les prestations réputées couvertes par le forfait, dont font partie intégrante la prévention et la promotion de la santé.
EPS	41			Il est mentionné dans l'article que : « Le tarif de référence se fonde sur la rémunération applicable à un traitement comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence…… » Est-il prévu de dresser une liste de toutes les interventions possibles pour pouvoir les rendre « comparables » entre les hôpitaux ? On imagine alors l'immensité du travail administratif nécessaire, d'où, encore une fois une augmentation des coûts pour du travail administratif. Chaque canton doit gérer sa planification hospitalière en fonction de la densité de sa population et cette planification est source d'économies. Cet article vise à exercer une pression pour augmenter la concurrence intercantonale et faire baisser les tarifs des interventions et à ainsi déstabiliser les planifications cantonales, Les hôpitaux ne sont pas des usines ou des chaînes de production qui peuvent être rationalisées à l'infini. Ce genre de concurrence, avec ses répercussions négatives a, dans d'autres pays, conduit à des disparitions de certains hôpitaux avec les conséquences que l'on observe maintenant lors d'une crise sanitaire.	
EPS	48 a			Les Engagés pour la Santé tiennent à souligner que les forfaits peuvent être particulièrement pervers. Comme cela a été démontré par l'étude pilote Diabaid dans le canton de Vaud, aider un patient à gérer son diabète peut être	al. 2 La rémunération….couvre toutes les prétentions du réseau de soin coordonné pour les prestations prévues par la présente loi. Elle tient compte de

				d'une extrême simplicité même avec un traitement très complexe d'insulinothérapie intensive, alors que la gestion d'un diabète traité uniquement par un seul médicament peut générer des consultations beaucoup plus longues. Ces différences dépendent non pas de la sévérité de la maladie, mais des capacités du patient à comprendre et intégrer les informations qui lui sont dispensées par le médecin. Il sera ainsi possible de ne voir en consultation qu'une fois par an un diabétique de type 1 sous multiples injections d'insuline par jour et lecteur de glycémie en continu qui comprend parfaitement sa maladie et la gère de façon autonome, A l'inverse, il sera nécessaire de voir en consultation au moins 4 à 6 fois par an un autre patient diabétique qui a un traitement médicamenteux simple, mais qui comprend mal sa maladie et les effets qu'ont tous les actes de la vie quotidienne sur sa prise en charge. Le problème est encore plus marqué si le patient ne maitrise pas parfaitement le français, s'il est âgé, si son niveau de formation est bas ou s'il est de condition socio-économique basse.	différents critères (compréhension, âge, niveau de formation, langue, situation socio-économique, de l'assuré-e) pour en moduler le montant.
EPS	52 b	1		Quels sont les critères qui définissent si la restitution est faite à l'assureur ou au fonds pour les restitutions ?	
EPS	52 c			Sur le principe, les Engagés pour la Santé ne peuvent pas soutenir les modèles de prix pour les médicaments tels que proposés. En effet, les Engagés pour la Santé ont pour objectif la transparence dans tous les domaines de la santé. Dans ce sens, ils ne peuvent que s'opposer à l'instauration d'un régime d'exception à la loi sur la transparence dans le cas de ces modèles de prix pour médicaments. L'industrie pharmaceutique est déjà totalement opaque en termes de coûts de recherche et développement et cette mesure augmente encore son pouvoir de négociation des prix aux	

				dépens d'un acquis démocratique. Si notre compréhension est correcte, il sera donc au moins possible de connaître les conditions auxquelles des restitutions peuvent être prévues (art 52 b, al 2, let a) et les frais d'administrations du fonds pour les restitutions (art 52 b, al 2, let d)	
EPS	54			Sur le principe, les Engagés pour la Santé sont favorables à des mesures visant à maîtriser les coûts puisque c'est un des buts de l'association. Nous apprécions également que le Conseil Fédéral oppose à l'initiative PDC une solution souple permettant de ne pas limiter les prestations fournies pour l'année en cours. Il est en effet impératif que le système de santé reste accessible à toutes et tous en tout temps. Force est toutefois de constater que la notion de « plafond » va générer des oppositions de quasiment tous les acteurs de la santé. Le Conseil Fédéral doit s'attendre à une conjonction d'oppositions venant de tous les bords, pour des raisons différentes. Par ailleurs, le système proposé est excessivement lourd sur le plan administratif. Une solution plus simple serait d'autoriser la création de caisse maladies cantonales qui auraient ainsi la possibilité d'avoir des statistiques complètes et fiables au niveau cantonal. Dans le projet, on demande à chaque assureur de fournir à l'OFSP les frais engendrés par chaque fournisseur de	

				prestation par canton. C'est exactement ce qu'une caisse cantonale pourrait réaliser : toutes les factures des habitants du canton arrivent au même endroit. Il est alors facile de voir, à la fin d'une année, quelle est la répartition des frais entre le stationnaire, l'ambulatoire, les médicaments, etc. On peut aussi vite repérer qu'un groupe de spécialistes est par exemple responsable d'une grande part des coûts et donc essayer de comprendre pourquoi, puis de limiter éventuellement l'installation de nouveaux fournisseurs de prestations de cette spécialité, voire diminuer le tarif de leurs prestations. Chaque canton pourrait ainsi agir de façon efficiente, en comprenant bien ce qui se passe sur son territoire et en pouvant le comparer avec les autres cantons. Ce système n'augmenterait pas le travail administratif de l'OFSP ni des assureurs et engendrerait donc plus d'économies que la proposition du Conseil Fédéral. Il serait en outre plus rapide à mettre en place et permettrait d'enfin comprendre d'où viennent les augmentations inexorables des coûts. Ce serait aussi plus simple de convaincre les fournisseurs de prestations, chiffres à l'appui, alors que la statistique fédérale qui est prévue va être une comparaison entre des "pommes et des poires" puisque les cantons n'ont ni la même densité de fournisseurs de prestations ni la même démographie.	
EPS	54	2	b	Est-ce que la marge de tolérance est exprimée en pourcentage ou en valeur absolue ? D'autre part, que se passera-t-il si un seul canton dépasse la marge de tolérance et pas les autres ?	
EPS	54 d			Les Engagés pour la Santé privilégient la variante sous forme d'une disposition contraignante. Il a déjà pu être démontré à maintes reprises qu'il n'y a pas suffisamment d'autodiscipline	

				chez les fournisseurs de prestations.	
EPS	54 e			On ne peut que redouter l'aspect « Usine à gaz » d'une telle commission qui, pour avoir une représentation équilibrée des différents acteurs de la santé, devra compter au moins une vingtaine de personnes. Il est vrai qu'une telle commission peut conseiller le Conseil Fédéral et lui faire des suggestions utiles. Il n'est toutefois pas obligatoire pour le Conseil fédéral d'en tenir compte. Là encore, des coûts supplémentaires à mettre dans la balance avec les gains escomptés.	
EPS	64	7	b	Les Engagés pour la Santé se félicitent que le Conseil fédéral souhaite apporter des éclaircissements juridiques sur la participation aux coûts de maternité. Néanmoins, l'exemption de la participation au coût devrait intervenir aussi durant les 12 premières semaines de grossesse. En effet, des complications telles que saignements, grossesse extra-utérine ou fausse couche peuvent intervenir avant la 13e semaine. Cette inégalité de traitement n'est pas acceptable et médicalement non justifiable. La Motion Kälin Irène 19.3070 : « Instaurer la gratuité des prestations pendant toute la durée de la grossesse » a été adoptée le 26.9.20 par le Conseil National et, après avoir été traitée en commission, elle devrait pouvoir être intégrée à cette révision de la LAMal.	
EPS				Composée de plus d'une centaine de professionnels de la santé et de citoyens concernés, l'association « Engagés pour la santé », créée en octobre 2018, travaille à l'élaboration de propositions concrètes pour défendre un système de santé non seulement équitable et accessible à tous, mais également respectueux de l'environnement.	

				Dans l'ensemble, les Engagés pour la Santé estiment que l'objectif visé par cette révision de la LAMal est louable, mais que les tâches administratives qu'il va engendrer au niveau de la Confédération, des cantons et des assureurs sont énormes et que leur coût va nuire de façon importante à l'objectif de réduction des coûts visé par cette modification législative. La très grande complexité des modifications proposées, avec de nombreuses mesures permettant des échappatoires, pourrait aussi contribuer à un affaiblissement de l'efficacité potentielle. Il nous parait indispensable d'insister sur le fait que ces modifications ne doivent en aucun cas être source d'inégalité dans l'accès aux soins et qu'elles ne doivent pas conduire à un rationnement des soins. Enfin, il faut renforcer dans le texte l'importance de la prévention et promotion de la santé visant à réduire l'impact des maladies chroniques dont le nombre et l'impact croît avec l'âge.	

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation	: Fédération suisse des patients / Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen
Abréviation de la société / de l'organisation	: FSP / DVSP
Adresse	: Hofwiesenstrasse 3, Postfach, 8042 Zurich
Personne de référence	: Baptiste Hurni, président ad interim
Téléphone	: 044 361 92 56
Courriel	: info@federationdespatients.ch
Date	:

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif 3

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications 5

Autres propositions 13

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
FSP	La Fédération suisse des patients (FSP ; en allemand, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen DVSP) est une association de patients réunissant des sections cantonales et régionales dans toute la Suisse. Organisation généraliste, elle veille à défendre les intérêts de l'ensemble des patient-e-s en Suisse. Elle veille en particulier à défendre aussi bien les intérêts individuels des patient-e-s, à savoir la défense de leurs droits, notamment en matière d'accès aux prestations de santé, de remboursement de ces prestations ou de protection de leurs données personnelles, que les intérêts collectifs des patient-e-s, c'est-à-dire l'utilisation rationnelle des ressources forcément limitées à disposition.
FSP	Forte de cette double approche – individuelle et collective –, la FSP accueille avec intérêt et de manière plutôt favorable les propositions faites par le Conseil fédéral dans le cadre du deuxième paquet de mesures visant à maîtriser les coûts de la santé. La FSP propose néanmoins au Conseil fédéral d'adapter le projet de révision dans le sens des remarques ci-dessous. Celles-ci visent à rendre le système global plus simple et de garantir le respect des droits des patient-e-s. En effet, la révision présentée par le Conseil fédéral bouleverse passablement le système de santé : il est donc nécessaire de veiller, d'une part, à éviter tout échappatoire qui permettrait aux acteurs de contourner le système mis en place et, d'autre place, à assurer une certaine simplicité du système pour que celui-ci reste accessible pour les personnes qui ont besoin des prestations proposées.
FSP	De manière générale, la FSP apprécie le fait que le Conseil fédéral oppose un contre-projet à l'initiative PDC, dont les buts et la formulation sont très problématiques du point de vue des patient-e-s. La FSP salue la volonté du Conseil fédéral de maîtriser les coûts de la santé et leurs effets sur les assuré-e-s. À ce titre, la FSP souligne que les primes d'assurance-maladie ont augmenté de 140% depuis l'introduction de la LAMal en 1996 et qu'elles représentent un fardeau insoutenable pour un nombre croissant d'assuré-e-s.
FSP	La FSP estime aussi qu'il est nécessaire d'adopter une approche globale en matière de coûts de la santé. Ainsi, il n'est pas pertinent de se limiter à la seule prise en charge des personnes malades, mais la loi doit davantage intégrer la prévention et la promotion de la santé afin de conserver les personnes en bonne santé. De même, l'ensemble des acteurs de la santé doit fournir une contribution à la maîtrise des coûts. Or la FSP constate que, dans ces deux paquets de mesure, ce sont principalement les fournisseurs de prestations et les patient-e-s ainsi que, dans une moindre mesure (d'autant plus que le Parlement a, pour le moment en tout cas, rejeté le prix de référence des médicaments), l'industrie pharmaceutique. Les assureurs exerçant au titre de l'assurance obligatoire des soins sont les grands oubliés des mesures proposées. Ils auraient pourtant une contribution majeure à fournir, p.ex. en limitant leurs frais administratifs, qui dépassent toute proportion raisonnable dans certains cas.
FSP	<u>Premier point de contact</u> La FSP soutient cette mesure qui devrait permettre une meilleure coordination de la prise en charge des patient-e-s. En revanche, elle estime nécessaire de l'assortir de différentes mesures :

	- Offensive en matière de formation de médecins de premier recours pour éviter une attente trop longue à cause de la pénurie de médecins de premier recours ; - Formation continue des médecins pour acquérir les compétences nécessaires à l'exercice d'une telle fonction ; - Rémunération différenciée des prestations de coordination et de conseil ; - Adaptation du mécanisme de sanctions ; - Accès direct aux spécialistes pour certain-e-s patient-e-s ; - Rabais de primes effectifs.
FSP	Modèles de prix pour les médicaments La FSP soutient l'introduction de ces modèles, dans la mesure où ils ne conduisent pas à une limitation du nombre de traitements remboursés. En revanche, la FSP refuse la modification de la loi sur la transparence.
FSP	Objectifs en matière de coûts La FSP soutient l'introduction d'objectifs en matière de coûts. Elle demande toutefois au Conseil fédéral de simplifier le système retenu.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
FSP	18	2septies		Soutien à la proposition du Conseil fédéral	
FSP	21			La FSP soutient la proposition du Conseil fédéral, à condition que les cautèles actuellement prévues en termes de protection des données des assuré-e-s soient maintenues dans le projet de loi. La FSP appelle également l'OFSP à collaborer avec le préposé fédéral à la protection des données pour le traitement des données, afin de maintenir le risque d'identification d'un-e assuré-e le plus bas possible.	
FSP	25	2	h, i	La FSP salue la promotion des programmes de prise en charge coordonnée et interprofessionnelle des patient-e-s. Nous proposons toutefois de modifier quelque peu la terminologie utilisée, pour retenir le terme de « surveillance » et non de « direction ». En effet, ces programmes sont généralement placés sous une direction administrative, et non médicale. Cette terminologie laisse davantage de marge de manœuvre aux différents programmes tout en garantissant la sécurité des patient-e-s.	Art. 25, al. 2, lit. i : Les prestations fournies dans le cadre de programmes structurés nationaux ou cantonaux et placés sous la surveillance d'un médecin.
FSP	32	3		Un examen différencié des critères EAE en fonction du type de prestations et de leur cycle de vie est tout à fait pertinent. La FSP soutient, sur cette base et une fois la base légale de l'art. 32, al. 3 créée, un examen annuel des prix, de l'efficacité et de l'adéquation des médicaments remboursés. En outre, l'évaluation de l'utilité doit devenir une condition pour l'autorisation définitive. Quant aux médicaments ou aux	

				indications autorisés de manière provisoire (conditional approval), les données relatives à l'utilité doivent être livrées de manière subséquente, notamment sur la base des données figurant dans certains registres comme le registre suisse du cancer.	
FSP	33	3bis		Pour permettre une mise en œuvre efficiente et garantir la qualité des prestations fournies par ces programmes, il est essentiel que les prestations non médicales, à savoir les prestations fournies p.ex. par le personnel soignant ou par les pharmacien-ne-s ainsi que les prestations de coordination et de conseil, soient également remboursées. Cela correspond également à la volonté du Parlement qui a adopté la motion 18.3387 « LAMal. Permettre des programmes judicieux de gestion des patients ». En outre, il est nécessaire que les prestations fournies à ce titre par des organisations comme des ligues de santé ou des associations de patients puissent également être remboursées. Cet élargissement du remboursement des prestations de coordination et de conseil aux professions non médicales et à certaines autres organisations est d'autant plus pertinent que la pénurie de médecins généralistes s'accroît dans la plupart des régions du pays.	Les prestations fournies dans le cadre de programmes structurés nationaux ou cantonaux et placés sous la surveillance d'un médecin selon l'art. 25, al. 2, lit. i.
FSP	35	2	o	Soutien à la proposition du Conseil fédéral	
FSP	36b	1-3		La FSP salue la promotion des réseaux de soins coordonnés. Ces structures sont particulièrement adaptées pour répondre aux besoins des patient-e-s chroniques et/ou multimorbides. La FSP exige de compléter les conditions d'admission des réseaux (al. 3) de manière à garantir la participation des patient-e-s d'une part et à exclure tout réseau contrôlé directement ou indirectement par une assurance-maladie ou une organisation à but exclusivement lucratif. La FSP demande en outre d'élargir, dans le cadre de l'OAMal,	3 Les conditions d'admission portent sur : h. l'indépendance des réseaux de soins à l'égard des assureurs et des organisations investissant à des fins exclusivement lucratives ; i. la participation des patient-e-s et des organisations les représentant au sein des structures du réseau.

				l'approche purement médicale qui a prévalu jusqu'alors pour le développement des réseaux de soins. Il est nécessaire de considérer, dans ces réseaux, l'ensemble des facteurs ayant une influence sur l'état de santé des patient-e-s, à savoir des facteurs sociaux, familiaux, psychiques, alimentaires, etc., afin d'offrir une approche globale et coordonnée de la santé. De même, les réseaux de soins ne doivent pas être exclusivement concentrés sur la prise en charge de patient-e-s malades, mais également tenir compte de la prévention et de la promotion de la santé.	
FSP	40a-d			La FSP soutient, sur le principe, l'introduction de premiers points de contact. En effet, la FSP est persuadée qu'il peut s'agir d'une mesure pertinente pour renforcer la coordination et la qualité des prestations de santé d'une part et les compétences des patient-e-s d'autre part, dans la mesure où elle permet aux patient-e-s d'avoir à leurs côtés une personne de confiance qui comprend et connait leurs besoins et leurs craintes éventuelles. La FSP salue en particulier la possibilité de prévoir un réseau de soins coordonnés comme premier point de contact et les compétences renforcées des cantons en matière ambulatoire. La FSP rejettera toute mesure prévoyant un rôle accru des assureurs dans la définition des premiers points de contact. En revanche, la FSP demande d'accompagner cette mesure de diverses cautèles : - Premièrement, il est nécessaire de prévoir un large programme de formation de nouveaux médecins généralistes et de formation continue pour les médecins actuellement admis à pratiquer : i) Le manque important de médecins généralistes et de médecins de premier recours ne permet pas d'assurer le fonctionnement du système présenté ici par le Conseil fédéral. En effet, il est nécessaire d'avoir un nombre suffisant de médecins pour permettre aux	*Art. 40a Premier point de contact* [3] Peut assumer le rôle de premier point de contact : … d. un médecin disposant d'un autre titre postgrade que ceux mentionnés à la lettre a, dans la mesure où ses compétences médicales sont indiquées pour assumer le rôle de premier point de contact compte tenu de l'état de santé de l'assuré. *Art. 40b Principe applicable à la prise en charge des coûts* [1] L'assurance obligatoire des soins ne prend en principe à charge […] que si les prestations sont fournies […]. [1bis] En cas de manquement de l'assuré à ses obligations, celui-ci est d'abord sanctionné par un avertissement. Le Conseil fédéral prévoit les modalités des sanctions permettant de tenir compte de manquements répétés de l'assuré et allant jusqu'au non-remboursement total des prestations reçues.

				assuré-e-s qui ne sont pas déjà intégré-e-s dans un modèle « médecin de famille » ou « HMO » de trouver un médecin à proximité de leur domicile et d'y avoir accès dans des délais raisonnables. À ce sujet, il est à craindre que le manque croissant de généralistes et de pédiatres conduise à des retards importants de prise en charge selon le système présenté ici. ii) Une partie importante des médecins actuellement admis à pratiquer ne disposent pas des compétences nécessaires pour assurer les fonctions de « gatekeeper », de conseil, de coordination et d'orientation nécessaires au fonctionnement d'un tel système. Il serait donc nécessaire de mettre en place des formations continues pour assurer une qualité optimale du système de prise en charge. - Deuxièmement, s'il est important de prévoir une rémunération des prestations fournies à ce titre par les prestataires assurant le premier point de contact, le modèle forfaitaire prévu par le présent projet pourrait conduire à une sélection des risques dans la mesure où il pourrait être plus intéressant pour certains prestataires de choisir les patient-e-s générant des coûts inférieurs à ceux du forfait et à délaisser les autres. La FSP enjoint donc le Conseil fédéral à prévoir une rémunération différenciée en fonction de l'état de santé des patient-e-s afin d'éviter toute sélection des risques, tout en assurant l'attractivité de ce rôle pour les prestataires intéressés et compétents. - Troisièmement, il est inacceptable de prévoir des sanctions faisant porter l'entier de la charge du traitement par l'assuré-e en cas de non-respect. La FSP considère de telles sanctions comme iniques et particulièrement dangereuses pour les assuré-e-s. Le Conseil fédéral doit	*Art. 40c Rémunération du premier point de contact* [3] Le Conseil fédéral fixe le montant des différents forfaits après consultation des partenaires tarifaires et des associations de patients et d'assurés. Le montant des différents forfaits annuels tiennent compte de la quantité de prestations nécessaires en fonction de l'état de santé de l'assuré.

				prévoir une gradation des sanctions en cas de manquement. - Quatrièmement, la FSP propose également d'offrir la possibilité à certains types de patient-e-s (p.ex. patient-e-s diabétiques, malades du cancer, …) de choisir un spécialiste comme premier point de contact et de bénéficier de davantage de souplesse dans le recours au premier point de contact. - Cinquièmement, la FSP exige que les assuré-e-s qui ne disposent pas actuellement d'un modèle « médecin de famille » ou « HMO » et qui se verront en quelque sorte reversés dans le modèle prévu par le projet de loi bénéficient de rabais de primes similaires à ceux prévus pour les modèles mentionnés précédemment.	
FSP	41			Soutien à la proposition du Conseil fédéral	
FSP	41a	4		Il est inacceptable de prévoir des sanctions faisant porter l'entier de la charge du traitement par l'assuré-e en cas de non-respect. La FSP considère de telles sanctions comme iniques et particulièrement dangereuses pour les assuré-e-s. Le Conseil fédéral doit prévoir une gradation des sanctions en cas de manquement.	En cas de manquement de l'assuré à ses obligations, celui-ci est d'abord sanctionné par un avertissement. Le Conseil fédéral prévoit les modalités des sanctions permettant de tenir compte de manquements répétés de l'assuré et allant jusqu'au non-remboursement total des prestations reçues. L'assureur donne la garantie de prise en charge si les fournisseurs de prestations qu'il a désignés ne prodiguent pas la prestation en question.
FSP	42	3ter		La FSP soutient sur le principe la proposition du Conseil fédéral. Elle souligne que celle-ci ne fait sens que si les assuré-e-s peuvent bénéficier d'un soutien pour déchiffrer les factures souvent incompréhensibles, au sens de l'art. 59a bis actuellement discuté au Parlement fédéral dans le cadre du	

				premier paquet de mesures. En outre, l'assuré doit pouvoir demander de recevoir gratuitement une facture papier, sans que l'assureur ou le fournisseur de prestation puisse déroger à ce principe dans le cadre de conditions générales p.ex.	
FSP	52b			La FSP salue en principe la création d'une base légale pour les modèles de prix et le remboursement des médicaments, car cela renforce la sécurité juridique pour les patient-e-s et diminue les risques d'inégalités de traitement. La FSP appelle à une certaine prudence lors de la définition des conditions de la restitution ainsi que des règles de calcul et des modalités de la restitution. La FSP souhaite que soit exclu tout modèle limitant le nombre de traitements remboursés par année. La FSP souligne également que l'utilité du traitement ou son résultat ne peut pas, dans de nombreux cas, être directement évaluée après le traitement et requiert une évaluation à long terme.	
FSP	52c			La FSP refuse catégoriquement l'instauration d'un régime d'exception à la loi sur la transparence. Alors que les groupes pharmaceutiques jouissent déjà de toute la latitude pour fixer des tarifs élevés sans avoir à fournir des données détaillées, notamment au sujet des investissement consentis pour le développement d'un produit, cette mesure vise à agrandir leur marge aux dépens d'un acquis démocratique. Une telle mesure risque de créer un dangereux précédent susceptible de réduire le droit à la transparence dans d'autres domaines que la santé.	
FSP	54			Sur le principe, la FSP soutient l'introduction d'objectifs en matière de coûts. Ils peuvent être un moyen de gérer le système de santé et de contrôler la hausse de ses coûts. La FSP soutient également le fait que les objectifs soient fixés par le Conseil	

				fédéral et non par les partenaires tarifaires, dont les querelles et autres blocus ont déjà largement prétérité le système de santé suisse ces dernières années. La FSP voit aussi d'un bon œil le fait que le Conseil fédéral oppose à l'initiative PDC une solution souple permettant de ne pas limiter les prestations fournies pour l'année en cours. Dans ce sens, il est essentiel pour la FSP que le système choisi permette de garantir en tout temps l'accès aux prestations ainsi que la sécurité des patient-e-s. En revanche, le système proposé semble très lourd d'un point de vue administratif et la FSP regrette que le Conseil fédéral n'ait pas procédé à une analyse d'impact de la réglementation avant de présenter ce projet de révision. La FSP encourage le Conseil fédéra à travailler dans cette direction mais à simplifier encore le système retenu. L'un des avantages du système retenu par le Conseil fédéral est la grande transparence qui en découle. La FSP invite donc le Conseil fédéral à préserver cette dernière, notamment de manière à garantir la transparence quant aux coûts générés par les médecins d'une même spécialité dans un même canton (p.ex. les orthopédistes vaudois-es savent combien leurs collègues facturent par année et peuvent prendre contact par eux-mêmes avec les personnes pouvant poser d'éventuels problèmes).	
FSP	54	3		Cet alinéa, en particulier sa litera b, représente une condition sine qua non au soutien de la FSP au présent article.	
FSP	54	4		Idem.	
FSP	54b	3		Les organisations de patients et d'assurés doivent également être consultées par les cantons.	[3] Ils consultent les fournisseurs de prestations, les assureurs ainsi que les organisations d'assurés et de patients […].

FSP	54d			La FSP affiche une préférence pour la variante potestative.	
FSP	54e	3		La FSP n'est pas certaine qu'il soit nécessaire d'instaurer une telle commission, car cela rend le système relativement lourd. En revanche, si une telle commission devait être créée, il est essentiel que les organisations représentant les patient-e-s participent également à une telle commission, comme c'est le cas pour la Commission fédérale pour la qualité, et que les représentants des assurés et des patients disposent ensemble d'au moins 4 sièges au sein de cette commission.	3 […]. Il veille à une représentation appropriée des cantons, des fournisseurs de prestations, des assureurs, des patients, des assurés et des spécialistes.
FSP	64			Soutien à la proposition du Conseil fédéral	
FSP	14 LAI			La FSP salue l'approche coordonnée entre la LAI et la LAMal en matière de rembourser des médicaments. À cet égard, il est important néanmoins de préserver le caractère distinct de l'invalidité et de la maladie comme situations de vie distinctes. La FSP appelle le Conseil fédéral à mettre en œuvre les promesses faites durant la révision de l'AI concernant le remboursement de traitements off-label pour les enfants souffrant du cancer ou de maladies rares.	
FSP	47b LAI			La FSP soutient cette modification légale et renvoie aux commentaires faits pour l'art. 42, al. 3ter LAMal.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**
FSP		La FSP regrette que le Conseil fédéral n'ait pas davantage misé sur le potentiel de la prévention et de la promotion de la santé pour maîtriser la hausse des coûts de la santé. Conformément au mandat législatif de l'art. 118, al. 2, lit. b Cst, elle demande au Conseil fédéral d'intégrer au projet de révision les éléments principaux du projet de loi sur la prévention et la promotion de la santé (FF 2009 6389), à savoir : - L'introduction d'instruments globaux de pilotage et de coordination de la prévention et de la promotion de la santé ; - La clarification de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons ; - L'inscription dans la loi de mesures assurant la qualité et encourageant l'efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce ; - Les conditions d'utilisation du supplément de prime LAMal et de la taxe pour la prévention du tabagisme ; - L'optimisation des rapports sanitaires et l'harmonisation des dispositifs de collectes de données.	
FSP		La FSP appelle le Conseil fédéral à présenter au Parlement un projet de loi pour l'information aux patients, sur le modèle de la loi pour l'information aux consommateurs, ou à intégrer les éléments d'une telle réglementation dans la LAMal. En effet, la FSP est convaincue que de tels outils d'information aux patient-e-s permettent de renforcer leurs compétences et, à terme, d'avoir un effet positif sur la	

		maîtrise des coûts de la santé.	
FSP		La FSP invite le Conseil fédéral à réviser la LSAMal de manière à limiter et à uniformiser les frais d'administration des assureurs. La FSP constate que ces frais restent extrêmement élevés, à savoir 1,475 milliards de francs en 2019 selon les statistiques de l'OFSP sur la surveillance de l'assurance-maladie. Ces frais varient en outre énormément d'un assureur à l'autre (de 2,9 à 18,5% des dépenses). Dans la mesure où l'ensemble des acteurs du système de santé sont appelés, dans le présent projet, à faire un geste pour faire baisser les coûts incombant aux assuré-e-s, il est normal que les assureurs fassent leur part également. À ce titre, la FSP estime que : - Les frais administratifs des assureurs doivent être limités de manière globale, p.ex. par l'introduction d'un plafond ; - Les dépenses de publicité et le recours à des intermédiaires pour conclure des contrats d'assurance obligatoire doivent être interdits pour tous les assureurs soumis à la LSAMal, dans la mesure où les prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins sont identiques d'une assurance à l'autre.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz

Abkürzung der Firma / Organisation : GELIKO

Adresse : Josefstrasse 92

Kontaktperson : Erich Tschirky

Telefon : +41 79 741 70 41

E-Mail : tschirky@GELIKO.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 19

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
GELIKO	Die GELIKO – Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (nachstehend: GELIKO) bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen. Die GELIKO vertritt die Interessen von Menschen mit chronischen Krankheiten in der Gesundheits- und Sozialpolitik und kämpft gegen negative gesundheitliche, finanzielle und soziale Folgen von chronischen Krankheiten.
GELIKO	Die GELIKO begrüsst die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Kranken-pflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Für die Gesundheitsligen und die von ihnen vertretenen chronisch Kranken von noch grösserer Wichtigkeit ist, dass die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit durch die kosten-dämpfenden Massnahmen nicht beeinträchtigt werden sowie die Chancen- und Zugangsgerechtigkeit gewahrt wird. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist entscheidend, dass die zweckmässigste Behandlungsform grundsätzlich gestützt auf medizinisch-fachliche Erwägungen gewählt wird und nicht auf ökonomische Interessen oder andere Anreize einzelner Akteure im Gesundheitssystem. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend auch die Erhaltung und wenn möglich Steigerung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit sicherzustellen; dabei sollen insbesondere auch eHealth und weitere technische Möglichkeiten wirkungsvoll eingesetzt werden (z.B. für die systematische Einführung von Medikationsplänen). Eine qualitativ bessere Versorgung führt gleichzeitig häufig zu tieferen (Folge-)Kosten und das Effizienzsteigerungspotenzial zugunsten von mehr oder besseren Leistungen für gleiches Geld ist noch nicht ausgeschöpft.
GELIKO	Leider fehlen im vorliegenden Paket Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz sowie zur Förderung des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten. Die Bevölkerung muss Zugang zu validen umfassenden Informationen erhalten, die es den Individuen ermöglichen, evidenzgeleitete Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen und damit auch Kosten zu sparen. Wir plädieren deshalb für ein Bundesgesetz zur Stärkung der Patienteninformation und der Patientenrechte mit Regelungen zur Förderung des niederschwelligen Zugangs zu validen Gesundheitsinformationen, zur Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements, zur Stärkung der Rechte der Versicherten, sowie zur Verbesserung des Einbezugs und der Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitsversorgungssystem, was sich wiederum positiv auf die Qualität und Kosten auswirken kann. Die diesbezüglichen Arbeiten, die das Eidg. Departement des Innern im Jahr 2015 im Auftrag des Bundesrates und gestützt auf den Bericht «Patientenrechte und Patientenpartizipation» begonnen hat, sollen weitergeführt werden. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4

	Milliarden Franken pro Jahr. In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagement-angeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern. Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann. Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre laufende «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, wie durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement , ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.
GELIKO	Die Kompetenzen und Leistungsangebote der Gesundheitsfachpersonen bei den Gesundheitsligen können einen wichtigen Beitrag leisten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz, insbesondere im Bereich der koordinierten Versorgung und bei multimorbiden Patientinnen und Patienten. Ein erfolgversprechender Ansatz liegt in der ärztlich delegierten Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten chronischen Krankheit durch qualifizierte Fachpersonen der entsprechenden Gesundheitsligen. Im Sinne der Nachsorge nach dem Verlassen der Arztpraxis lässt sich auf diesem Weg mit klar definierten Leistungspaketen die Kompetenz der Betroffenen im eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit stärken, womit ebenfalls einen Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung in der Gesundheitsversorgung geleistet wird.
GELIKO	Ausgehend von der Tatsache, dass nur rund 2-3% der gesamten Gesundheitskosten in die Vorsorge investiert werden und angesichts des Potenzials, das in der Prävention und Gesundheitsförderung liegt, bedauert die GELIKO, dass in der vorgeschlagenen Teilrevision des KVG keine Massnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung vorgeschlagen werden. Mit einer zielge-richteten Förderung von evidenzbasierten Vorsorgeinterventionen können heute bestehende Über- bzw. Unterversorgungen deutlich reduziert werden, was zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Dämpfung des Kostenwachstums beiträgt. Diesbezügliche Ansätze wie z.B. das in der NCD-Strategie erwähnte Instrumentarium von EviPrev sollen gefördert werden.
GELIKO	Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der

	Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
GELIKO	Art. 21			Wir begrüssen, dass die **Datenweitergabe** im KVG geregelt und der Persönlichkeitsschutz berücksichtigt wird. Die Versicherer müssen dem Bund grundsätzlich aggregierte Daten liefern. Sofern aggregierte Daten zur Erfüllung einer Aufgabe ungeeignet sind und die benötigten Daten nicht schon anderweitig zur Verfügung stehen, soll das BAG anonymisierte Individualdaten erheben können. Dabei ist das BAG verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten jederzeit gewahrt ist. Auch bei anonymisierten Daten kann allerdings eine Re-identifikation von Einzelpersonen nicht ausgeschlossen werden. Wir fordern das BAG auf, in Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten alles daranzusetzen, dass der Datenschutz optimal gewährleistet ist und das Risiko einer Re-identifikation von Versicherten möglichst verhindert wird.	
GELIKO	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir begrüssen die Förderung von **Programmen zur koordinierten Patientenversorgung** mit interprofessioneller Beteiligung sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Behandlungsprozess hinweg, weil sie bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Den Hinweis im erläuternden Bericht, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich.	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, welche die entsprechenden Qualitätskriterien erfüllen, ihre Leistungen im Rahmen des organisierten Programms anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungs-programmen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf ‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht’ zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff ‘national oder kantonal organisierte Programme’ ist im Einklang mit Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG.	
GELIKO	Art. 32	Abs. 3		Wir begrüssen den Entscheid des Bundesgerichts, dass das BAG bei der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nicht nur den Auslandpreisvergleich, sondern auch den therapeutischen Quervergleich durchzuführen hat. So kann dem Kosten-Nutzen des Medikaments besser Rechnung getragen	

				werden. Gleichzeitig macht es Sinn, wenn die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe erfolgt. Wichtig dabei ist, dass bei der Beurteilung die drei WZW-Kriterien alle gleich gewichtet werden. Die **WZW Beurteilung** kann sich im Verlauf je nach Wandel der Therapieprinzipien ändern. Eine Aufnahme in die Spezialitäten-Liste sollte nicht bedeuten, dass dies unveränderlich ist – entsprechend wären Massnahmen für provisorische Leistungen und für «Entlistungen» nützlich. Gleichzeitig muss die dokumentierte Nutzenbewertung als Bedingung für die definitive Zulassung aufgenommen werden (Value Based Assessment). Bei vorläufig zugelassenen neuen Medikamenten bzw. neuen Indikationen (Conditional Approval) müssen die Daten zum Nutzen nachgeliefert werden und entsprechende begründete Preisanpassungen (in beide Richtungen) könnten erfolgen. Hier könnte in Zukunft eine erweiterte Datennutzung des Schweizerischen Krebsregisters interessant sein.	
GELIKO	Art. 33	Abs. 3bis		Wie bereits zu Art. 25 erwähnt, begrüssen wir die Förderung von Programmen zur koordinierten Patientenversorgung. Wir hoffen, dass solche Programme tatsächlich ermöglicht und gefördert werden. Aufgrund der inhaltlichen Zuordnung dieses Themas im Rahmen von kostendämpfenden Massnahmen kann befürchtet werden, dass die Absicht besteht, solche Programme zu beschränken (siehe auch Seite 47 erläuternden Bericht). Hingegen ist zentral, dass im Rahmen von sinnvollen **Programmen zur koordinierten Patientenversorgung** auch weitere nicht-ärztlichen Leistungen zulasten der OKP ermöglicht werden.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden

				Die vom Parlament verabschiedete Kommissionsmotion «Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen» der SGK-N (18.3387) verlangt explizit, dass die OKP Kosten von Leistungen übernehmen soll, die im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung durchgeführt werden, wenn diese auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sind, zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung hinsichtlich des Behandlungsresultats führen sowie zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart werden. Gerade koordinative oder beratende Aufgaben im Rahmen von qualitätsgesicherten organisierten Programmen werden teilweise von Organisationen – wie beispielsweise kantonale und regionale Gesundheitsligen – erbracht, welche die finanziellen Mittel dafür aufbringen müssen. Es kann nicht sein, dass hierfür Spendengelder eingesetzt werden müssen. In Anbetracht des zunehmenden Mangels an Hausärzten ist es sinnvoll, auch nicht-ärztliche Leistungserbringer vermehrt für Koordinations- und Beratungsaufgaben einsetzen zu können. Dies muss in den Ausführungsbestimmungen entsprechend berücksichtigt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf ‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht’ zu ändern. Im erläuternden Bericht bleibt in der Beschreibung der medizinischen Rehabilitation die onkologische Rehabilitation leider unerwähnt. Im Bereich der Onkologie werden zahlreiche ambulante sowie stationäre Rehabilitationsangebote unter medizinischer Leitung durchgeführt. Onkologische Rehabilitationsprogramme verbessern die Lebensqualität von Krebsbetroffenen und erleichtern ihre Wiedereingliederung in den Alltag und ins Berufsleben. Dies wird in Zukunft angesichts der zunehmenden Zahl von «Krebsüberlebenden» (halbe Million	

				Cancer Survivors im Jahr 2030) zusehends wichtiger. An dieser Stelle ebenfalls zu erwähnen ist die Kosten-Nutzen-Analyse von Früherkennungsprogrammen. Um zu beurteilen, ob eine Früherkennungsleistung sinnvollerweise im Rahmen eines Früherkennungsprogramms zur Verfügung gestellt werden soll, müssen Nutzen- und Schadenspotential differenziert abgewogen und die ökonomischen Effekte abgeschätzt werden. Im Rahmen der Nationalen Strategie gegen Krebs wurde das Expertengremium Krebsfrüherkennung «Cancer Screening Committee» geschaffen, welches wissenschaftlich fundierte, ausgewogene und von Partikularinteressen unabhängige Empfehlungen zu Krebs-Früherkennungsprogrammen formuliert. Leider fehlt bis heute eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung eines solchen nationalen, unabhängigen Gremiums. Gerade in Bezug auf Kostendämpfung und angesichts des KVG-Grundsatzes, wonach Leistungen den WZW-Kriterien zu entsprechen haben, ist nicht nachvollziehbar, dass im vorliegenden Kostendämpfungspaket Früherkennungsprogramme zwar gefördert und erweitert werden sollen, für eine fundierte evidenzbasierte und ökonomische Ausarbeitung entsprechender Empfehlungen aber keine rechtliche Grundlage geschaffen wird. Es muss im Interesse von Bund und insbesondere den Kantonen sein, dass eine unabhängige systematische Bewertung mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durchgeführt und entsprechend Empfehlungen formuliert werden, gerade um eben «nur wirkungsvolle Früherkennungsprogramme» zuzulassen und schlussendlich auch mitzufinanzieren.	
GELIKO	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen **Netzwerke zur koordinierten Versorgung** als eigene Leistungserbringerkategorie im Sinne der Förderung der koordinierten Versorgung in der Schweiz. Denn Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind zentral für die künftige Gesundheitsversorgung und Anreize für deren Schaffung umso wichtiger,	

				dass in der Praxis Optimierungsbedarf besteht.	
GELIKO	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Eine koordinierte, gut abgestimmte Versorgung ist insbesondere bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten wichtig, da verschiedene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und Institutionen involviert sind. Zur qualitativ hochstehenden koordinierten Versorgung überall in der Schweiz gehören zudem einfach zugängliche Beratung und Unterstützung. Solche erbringen Fachorganisationen wie beispielsweise die regionalen und kantonalen Gesundheitsligen. Entsprechend sollte in der Verordnung KVV eine entsprechende Anpassung Spielraum zulassen, dass auch nicht medizinische Leistungserbringer ihren wesentlichen Teil einer qualitativ hochstehenden und v.a. koordinierten Versorgung erbringen dürfen – bei der Netzwerkbildung sollen grundsätzlich auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. So erachten wir beispielsweise Dienstleistungen im Bereich der psychosozialen Unterstützung und Beratung für Betroffene chronischer Krankheiten als eine wesentliche Versorgungssäule. Diese sollen durch nicht-ärztliches Personal in diesen Netzwerken angegliedert werden können (Gesundheitscoachs, Familienbegleitung, psychosoziale Beratung, palliative Versorgung (nicht nur medizinisch), Anbindung Sozialarbeit etc.). Gerade für chronische Krankheiten, die das ganze System und alle Lebensbereiche betreffen, reichen rein medizinische – also im KVG geregelte Dienstleistungen – nicht aus für eine umfassende Betreuung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präven-	

				tiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
GELIKO	Art. 40a - Art. 40d			Wenngleich die Grundidee der **Erstberatungsstelle** sinnvoll sein kann, befriediget die vorgeschlagene Ausgestaltung der Massnahme nicht: - Der Zugang zu Spezialisten (Diagnose und Behandlung) darf nicht verzögert werden. Gerade bei nicht übertragbaren Krankheiten wie Krebs können eine verzögerte Diagnosestellung oder spätere Behandlung massiven Einfluss auf die Heilungschancen und Lebensqualität haben – und bedeuten gleichzeitig aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. Dies gilt auch für die Nachsorge (im Nachgang zur Primärversorgung). - Neben dem Ziel der Kosteneinsparung durch ein Gatekeepermodell muss auch das Ziel verfolgt werden, die Patientinnen und Patienten vor Überdiagnostik und Übertherapie zu schützen (Prinzip beneficiency/no maleficiency). Die «Gatekeeper» benötigen dafür das entsprechende Wissen und Bewusstsein, auch im Sinne der Verteilung von limitierten Ressourcen. Für diese Rolle braucht es eine spezifische Ausbildung, die heute nicht angeboten wird. - Voraussetzung, um auch wirklich einen entsprechenden	

				Effekt der koordinierten Versorgung zu haben, muss die Beseitigung von monetären Fehlanreize zwischen ambulanten und stationären Leistungsvergütungen sein. Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, die interprofessionell und -disziplinär vernetzt sind und deren koordinative Aufgaben vergütet werden. Patientinnen und Patienten müssen gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung führt dazu, dass für manche Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Die Gefahr einer «Risikoselektion» erscheint verhältnismässig gross zu sein, um die Kosten der Erstberatungsstelle «optimieren» zu können. Das Ziel, dass die Erstberatungsstelle Patientinnen und Patienten berät und entscheidet, ob, wann und welche weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
GELIKO	Art. 41			Wir begrüssen die gesetzliche Präzisierung bezüglich der Festlegung der **Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen** ausdrücklich, weil sie einer Ungleichbehandlung von Versicherten im Falle einer frei gewählten Spitalbehandlung entgegenwirkt bzw. die vom Gesetzgeber mit Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 gewünschten freien Spitalwahl für alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz nach gleichen Bedingungen zulässt. Dies ist umso wichtiger angesichts des Trends zu kantonsübergreifenden	

				Versorgungsregionen.	
GELIKO	Art. 42	3ter		Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten. Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Gesundheitsligen und Patientenorganisationen an.	
GELIKO	Art. 52b			Grundsätzlich begrüssen wir die Schaffung der rechtlichen Grundlagen für Preismodelle und Rückerstattung auf Gesetzesstufe zur Stärkung der Rechtssicherheit. Es ist nachvollziehbar, dass Preismodelle erforderlich sind, weil sich die entsprechende Praxis international bei der Vergütung von Medikamenten durchgesetzt hat – die Schweiz ist hier einer von zahlreichen Akteuren im internationalen Kontext. Die heutige	

				Praxis mit den intransparenten «Schaufensterpreisen» lehnen wir allerdings ab. Da in der Schweiz und in den meisten europäischen Ländern Medikamentenpreise vor allem unter Berücksichtigung des Auslandpreisvergleichs behördlich festgelegt werden, sind die Folgen umso weitreichender. Preismodelle ermöglichen beispielsweise in der Onkologie, dass Betroffene trotz hoher Preise Zugang zu innovativen Therapien erhalten. Entsprechend sind Modelle wie Pay-for-performance begrüssenswert. Dennoch ist Vorsicht geboten, beispielsweise sind die Kriterien für die Beurteilung des Behandlungserfolges unklar. Der Outcome bzw. der tatsächliche Nutzen lassen sich nicht unmittelbar nach der Therapie, sondern erst längerfristig beurteilen. Entsprechend bräuchte es eine einheitliche Nutzenbewertung, auch des volkswirtschaftlichen Nutzens (HTA). Um diese zu entwickeln, müssen alle Akteure einbezogen werden. Bei Krebsbetroffene zeigt sich der Nutzen oft im umfassenderen Sinn, beispielsweise weniger in der Lebensverlängerung, als mehr in der Lebensqualität. Zur Bewertung der Performance könnte unter Umständen eine erweiterte Datennutzung des Krebsregisters interessant sein.	
GELIKO	Art. 52c			Die Schaffung der Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz für die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen lehnen wir ausdrücklich ab. Dies widerspricht dem Öffentlichkeitsprinzip und dient dem Patientenwohl nicht. Die Schweiz unterstützt die WHO-Resolution, welche eine stärkere Transparenz im Preisfestsetzungsverfahren und der Medikamentenpreise fordert. Deshalb ist die vorgeschlagene Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten und damit der Schaffung von mehr Intransparenz nicht nachvollziehbar: Der versprochene Effekt darf bezweifelt werden, längerfristig wird nur	

				die Pharmaindustrie von der Intransparenz profitieren, der zu Zugang zu Medikamenten wird für Patientinnen und Patienten damit eher gefährdet als gewährleistet sein. Hier wäre eine evidenzbasierte Preisfestsetzung wirkungsvoller (siehe auch Bemerkungen zu Art. 23). Wir teilen die zugrundeliegenden Anliegen des rascheren Zugangs für Patientinnen und Patienten sowie höherer Rabatte und damit tieferer Medikamentenpreise. Eine nationale und internationale Preispolitik kann jedoch nur mit der notwendigen Transparenz zu fairem und raschem Zugang zu Medikamenten für alle Patientinnen und Patienten führen und eine Diskriminierung verhindern. Eine stärkere Kooperation unter den Staaten sowie die Schaffung von Transparenz ist für eine echt wirksame Preispolitik mittel- und langfristig unabdingbar.	
GELIKO	Art. 54			**Zielvorgaben** können eine Möglichkeit sein, das unkontrollierte Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu steuern, effektiv wird sie unseres Erachtens nur mit der vorgeschlagenen verbindlicheren Variante. Begrüssen würden wir allerdings, wenn Kostensteuerungsmassnahmen der Tarifpartner diese Massnahmen erübrigen würden. Ggfs. liesse sich gerade in diesem Kontext ein wirkungsvoller Anreiz bei den Partnern festlegen. Zentral ist, dass eine Zielvorgabe nicht zu Rationierung oder Qualitätsverlust in der Gesundheitsversorgung führt. Die Versorgungs- und Patientensicherheit sowie der Zugang für alle und insbesondere chronisch kranke Patientinnen und Patienten muss stets und zu jeder Zeit gewährleistet sein. Ansonsten wäre ein umgekehrter Kosteneffekt die Folge. Entsprechend sollten die Ziele der Kostendämpfung mit Qualitätszielen eng verbunden sein. Leider fehlt eine Regulierungsfolgeabschätzung, was die Einschätzung des volkswirtschaftlichen Kostensparpotential	

				(administrativer Aufwand vs. Sparpotential) sowie den Bezug auf Zugang und Qualität verunmöglicht. Die Zielvorgaben können Anreiz für Kantone sein, beispielsweise in Bezug auf die Spitalplanung noch stärker untereinander zu koordinieren. Da die Umsetzungsgestaltung und Vollzugsverantwortung bei den Kantonen liegt, wird es erfahrungsgemäss zu erheblichen Unterschieden in der Ausgestaltung kommen, was wiederum die Versorgungssituation in den einzelnen Kantonen wenig harmonisieren dürfte. Zu verhindern sind 26 verschiedene Vorgehensweisen und die daraus resultierende Ungleichbehandlung von Versicherten resp. Patientinnen und Patienten.	
GELIKO	Art. 54	Abs. 3		Wir begrüssen, dass bei der Festlegung eines allfälligen Kostenziels auch die Faktoren Demografie und Morbidität der Wohnbevölkerung sowie der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden.	
GELIKO	Art. 54d			Wir begrüssen, dass bei Korrekturmassenahmen aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien berücksichtigt werden.	
GELIKO	Art. 14 IVG			Die Annäherung des IVG an das KVG ist grundsätzlich zu begrüssen, da dadurch im Bereich der Sozialversicherungen betreffend Arzneimittel zwischen KVG und IVG mit gleichen WZW-Kriterien angewendet werden. Jedoch muss der Tatsache der Invalidität als besondere Lebenssituation im Unterschied zur Krankheit Rechnung getragen werden. Zudem zählen wir darauf, dass die Versprechen aus der IV-Revision eingehalten werden, insbesondere betreffend die besonderen Umstände bei Kindern mit Krebs oder sonstigen seltenen Krankheiten, die häufig zur wirksamen Behandlung Off-Label-Arzneimittel benötigen. Der Bundesrat hat somit im Rahmen seiner Verordnungskompetenz sicherzustellen, dass die	

				Versorgung mit günstigen und wirksamen Arzneimitteln von Kindern mit Geburtsgebrechen weiterhin und im bisherigen Umfang garantiert werden kann und eine Unterversorgung durch die neue Positivliste vermieden wird. Konkret bedeutet dies auch, dass die Regeln für die Abgabe von Arzneimitteln im Einzelfall bei Kindern mit Geburtsgebrechen weniger streng gehandhabt werden als im Rahmen der Regelung des KVG.	
GELIKO	Art. 47b IVG			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin freiwillig entscheiden können, ob sie die Rechnung in elektronischer Form erhalten möchten. Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit2020 sowie Gesundheit2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Dazu muss deren Gesundheitskompetenz gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Gesundheitsligen und Patientenorganisationen an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
Procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation	: groupe d'accueil et d'action psychiatrique
Abréviation de la société / de l'organisation	: GRAAP
Adresse	:
Personne de référence	:
Téléphone	:
Courriel	:
Date	:

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
Procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **6**

Autres propositions ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
AGILE.CH	**Introduction** Le 29 août dernier, vous avez ouvert la procédure de consultation relative à la modification de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (2e volet de mesures visant à maîtriser les coûts). En tant que faîtière de 41 organisations d'entraide-handicap représentant les intérêts de groupes de handicaps les plus divers, AGILE.CH vous remercie de l'avoir invitée à prendre position sur ce projet.
AGILE.CH	**Remarques préliminaires** Étant donné que l'augmentation des primes-maladie représente une charge de plus en plus lourde pour les personnes vivant avec un bas ou un moyen revenu, AGILE.CH se déclare préoccupée par l'évolution des coûts des soins de santé. De nombreuses personnes dépendantes de prestations médicales sont en outre lésées par une participation aux coûts relativement élevée en Suisse. AGILE.CH attend que cette participation n'augmente pas ces prochaines années, afin qu'elle ne devienne pas un obstacle à l'accès aux soins de santé pour les personnes aux revenus modestes. Les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) ne doivent pas engendrer de limitations de prestations, car chaque personne vivant en Suisse a droit à un accès sans obstacles et non discriminatoire à des prestations médicales de haute qualité. Les personnes en situation de handicap sont pour la plupart davantage touchées dans leur santé que les personnes sans handicap, donc dépendent particulièrement d'une prise en charge médicale accessible et financièrement abordable. Leur droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap est d'ailleurs inscrit dans la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (art. 25 CDPH). AGILE.CH entrevoit entre autres un grand potentiel d'amélioration de la prise en charge médicale des personnes avec handicaps complexes dans le renforcement et la spécialisation des professionnel.le.s de santé, voir p.ex.Weiterbildungsangebot der Fachhochschule der Diakonie ou Haute école de santé Genève). Les mesures visant à freiner la hausse des coûts de la santé doivent impérativement être aménagées de manière à ne pas discriminer certains groupes de personnes. Le modèle du premier point de contact par exemple, ne convient pas aux personnes vivant avec une maladie rare, pour lesquelles la personne ou le médecin de référence est la plupart du temps un.e spécialiste. AGILE.CH rejette fermement l'initiative du PDC «Baisser les primes – pour un frein aux coûts de la santé» car son objectif concernant l'évolution des coûts est lié de manière trop rigide avec l'économie en général ainsi que le niveau des salaires, ce qui génèrerait immanquablement un rationnement des prestations de soins, donc une médecine à deux vitesses. AGILE.CH est convaincue que la prise en charge et l'attention portée aux patientes et patients ont un impact positif considérable sur leur état de santé. Exploiter le potentiel d'efficience dans le système de santé est une chose, mais cela ne doit pas se faire au détriment de l'attention et de la prise en charge quotidienne. Au contraire, ces deux éléments devraient être renforcés.

	D'après le rapport explicatif du Conseil fédéral, la demande induite par le fournisseur génère un accroissement du volume des prestations qui dépassent les besoins. AGILE.CH pense qu'il est possible de contrer cette demande induite par le fournisseur, entre autres en promouvant les informations aux patient.e.s, le renforcement des compétences en matière de santé (objectif 2 de Santé2030) et le second avis médical (voir à ce sujet l'interpellation 20.3490 d'Yvonne Feri et le postulat 17.4182 de Rebecca Ana Ruiz. Le seul fait d'éviter des opérations inutiles permettrait des économies considérables. Selon l'avis de divers expertes et experts, 20 à 30% des opérations effectuées ne se justifient pas médicalement. Les mesures visant à freiner la hausse des coûts devraient être en particulier axées sur la sur- et la sous-utilisation des soins, de même que sur les soins lacunaires et inappropriés. Alors qu'une sur-utilisation induit une prise en charge de traitements inutiles, la sous-utilisation et le manque de soins impactent négativement l'état de santé des patient.e.s, entrainant de lourdes conséquences financières. Davantage d'efforts sont en outre nécessaires, entre autres pour permettre de poser plus rapidement un diagnostic correct et améliorer la qualité des soins. Dans le domaine des maladies rares, des centres interdisciplinaires travaillant sur plusieurs maladies ont été reconnus cette année dans toute la Suisse par la coordination nationale maladie rares (kosek). La désignation de centres de référence spécifiques à la maladie, y compris de réseaux, devrait suivre sous peu. La législation devrait tenir compte de ces nouveaux centres spécialisés afin de les rémunérer eux aussi pour leur mission de coordination. AGILE.CH se réjouit que les activités de courtage des assurances soient réglementées de manière plus stricte, puisque des études attestent que des centaines de millions de francs sont versées chaque année en commissions à des intermédiaires, pour la conclusion de nouveaux contrats AOS (voir l'initiative déposée par un canton 18.305). Cet argent devrait plutôt servir à financer les tâches premières des caisses-maladie. AGILE.CH souhaite également que les coûts de publicité des caisses-maladie soient limités afin de baisser les coûts de l'AOS sans toucher aux prestations. AGILE.CH voit également un potentiel dans la promotion de la santé et la prévention, ainsi que dans la mise en œuvre de programme exhaustifs d'adaptation et de réadaptation, au sens de l'art. 26 CDPH. AGILE.CH est convaincue que de nombreuses maladies pourraient être évitées ou atténuées grâce à des mesures de prévention ciblées.
AGILE.CH	**Réponses générales concernant le 2e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts** AGILE.CH précise qu'en principe, le sens des différentes mesures du paquet est perceptible, mais vise exclusivement une baisse des coûts. Pour la plupart des mesures proposées, leur concrétisation n'est pas claire et leur impact sur la qualité des traitements aux patientes et aux patients est incertain dans la perspective actuelle. De nombreuses questions restant sans réponse, il est difficile de s'en faire une idée approfondie. AGILE.CH salue les mesures visant à renforcer les soins coordonnés. De nombreuses personnes en situation de handicap présentent en effet des comorbidités dont l'efficacité des traitements ne peut être garantie que par un renforcement de la coordination des soins entre tous les spécialistes concerné.es. AGILE.CH espère que l'introduction de modèles de prix permettra d'accéder plus rapidement aux nouveaux médicaments. Dans le système actuel, il arrive souvent que le blocage de négociations tarifaires empêche des personnes ayant un besoin urgent de médicaments d'y accéder et cette longue attente nuit à leur santé. Il est urgent d'instaurer des directives pour que le blocage de négociations tarifaires n'engendre pas de déficit médical et, par conséquent une dégradation de l'état de santé des patientes et patients concernés entrainant à son tour une hausse des coûts. AGILE.CH rejette fermement l'introduction d'un objectif de maîtrise des coûts de la santé dans l'OAS. En effet, le vieillissement croissant de la population et l'augmentation de la demande en soins de santé qui en résulte ne doivent pas être corrigés par un rationnement des services de

	soins. Si cet objectif devait néanmoins être introduit, il faudrait garantir, au moyen d'un monitorage, la sécurité de l'approvisionnement afin de corriger rapidement toute diminution de l'accès aux soins. De même, AGILE.CH rejette l'introduction d'un premier point de contact obligatoire, qui nuit à l'autonomie des patientes et patients. Certains groupes de patientes et de patients en particulier, comme par exemples les personnes qui vivent avec une maladie rare et donc dépendent de traitements fournis par des médecins spécialistes, seraient lésés par un tel modèle. Les modèles d'assurances impliquant une limitation du choix parmi les fournisseurs de soins sont déjà très populaires. AGILE.CH est convaincue qu'en les promouvant de manière ciblée, on encouragerait davantage de personnes à les choisir sur une base volontaire.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation:**	**Proposition de modification (texte)**
AGILE.CH	21			AGILE.CH soutient en principe l'obligation faite aux assurances maladie de transmettre des données. Une bonne base de données est en effet indispensable pour identifier le sur-approvisionnement, le sous-approvisionnement ainsi que les carences d'approvisionnement en soins de santé, et de procéder aux corrections nécessaires afin d'éviter des coûts inutiles. Cependant, AGILE.CH refuse la transmission de données par assuré.e. Nous craignons en effet que l'information sur les coûts globaux pour certaines maladies ne génère des débats sur combien devrait coûter une année de vie d'une personne gravement malade, ce qui serait en violation de l'art. 12 al. 2, let. d du Pacte 1 de l'ONU, exigeant des conditions propres à assurer à *tous* les services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.	2 Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. Celle-ci doit permettre de répartir les coûts entre les différents fournisseurs de prestations et, pour chacun de ces fournisseurs de prestations, par canton de résidence des assurés traités. ~~Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement:~~ ~~a. surveiller l'évolution des coûts par type de prestations et par fournisseur de prestations et élaborer les bases de décision pour les mesures visant à maîtriser l'évolution des coûts;~~ ~~b. effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution, et préparer les bases de décision en vue d'une modification de la loi et de ses dispositions d'exécution;~~ ~~c. évaluer la compensation des risques;~~ ~~d. évaluer et contrôler le caractère économique et la qualité des prestations dans le domaine des médicaments et dans celui des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.~~

AGILE.CH	32	3		Ce nouvel alinéa permet au Conseil fédéral de déterminer la manière de contrôler l'efficacité, l'adéquation et l'économicité, ainsi que les principes s'appliquant au calcul de la rémunération la plus avantageuse possible. À l'avenir, le contrôle EAE devraient être effectué selon le type de prestation (prestations médicales selon le principe de confiance, prestations réglées exhaustivement dans des listes positives, comme p. ex. les médicaments), à différentes étapes dans le cycle de vie d'une prestation médicale (p. ex. admission initiale, vérifications périodiques, radiation d'une prestation), avec une méthode et un degré de détail différents. L'examen initial au moyen des critères EAE devrait être effectué de manière systématique et complète. Lors de l'examen périodique, un examen approfondi des critères pourrait être effectué si nécessaire. Ainsi, il est possible que quelques années seulement après l'examen EAE initial d'une prestation dans le cadre de son admission dans le catalogue de prestations de l'AOS, l'examen EAE ne lui accorde plus le même poids. Des exceptions peuvent être faites notamment si de nouvelles études et données démontrent un changement en matière d'efficacité et d'adéquation de la prestation, depuis le moment de son admission dans le catalogue. AGILE.CH craint qu'avec ce nouvel article, le principe d'économicité soit appliqué au détriment de ceux d'efficacité et d'adéquation. Pour placer les patientes et les patients au centre comme le prévoit la stratégie Santé 2020, il convient de prêter une attention particulière au critère d'adéquation, et de le respecter dans chaque examen. Lors de l'évaluation de l'adéquation, il convient en outre d'impliquer des expertes et experts spécialisés, de même que des patientes et patients, respectivement les organisations qui les représentent, s'il s'agit de traitements novateurs et complexes.	~~Le Conseil fédéral règle les modalités du réexamen périodique de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des prestations, en particulier sa fréquence et son étendue~~

				AGILE.CH trouve par exemple choquant le fait que le matériel pour l'incontinence soit rationné par des montants de remboursement maximaux. Limiter à quatre par jour les protections urinaires pour des personnes souffrant d'incontinence grave relève d'un déficit médical pouvant entrainer une inflammation dermatologique. Limiter à quatre par jour les protections contre l'incontinence ne relève donc pas de l'adéquation dans la mesure où l'effet escompté n'est pas approprié. Si ce genre de rationnement permet de respecter l'économicité, c'est parce qu'on ne prend pas en compte, dans le contrôle des coûts induits, par exemple le traitement de l'inflammation ainsi provoquée. Pour ces raisons, AGILE.CH rejette le nouvel alinéa 3.	
AGILE.CH	36b			De nombreuses personnes handicapées présentent des comorbidités, qui peuvent être une combinaison de maladies physiques et psychiques (p. ex. douleurs dorsales et dépression), et simultanément divers troubles somatiques ou psychiques. Une bonne coordination lors des transferts, ainsi qu'une coordination et une coopération interdisciplinaires entre expert.e.s de différents domaines sont pour elles essentielles. AGILE.CH salue donc l'introduction de réseaux pour la coordination des soins et demande parallèlement qu'une attention particulière soit accordée à un aménagement accessible et non discriminatoire de tels réseaux. De même, les besoins spécifiques des personnes vivant avec une maladie rare doivent être prise en compte, et des réseaux appropriés doivent leur être mis à disposition. L'étude Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle Akutsomatik - Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik de Socialdesign (2017) souligne l'importance de promouvoir des modèles de traitements intégrés pour les maladies somatiques et psychiques. AGILE.CH propose donc la mise en place d'un programme de soins coordonnés pour	[3]Conditions d'admission: h. l'accès sans barrière et non discriminatoire au réseau doit être garanti i. le respect du droit des patient.e.s à être consulté.e.s dans les procédures doit être garanti [4]Le Conseil fédéral fait en sorte que le développement continu des réseaux de soins coordonnés repose sur des évaluations régulières.

				les patientes et patients dans ce domaine également. Les réseaux nouvellement créés devraient faire l'objet d'une évaluation après environ 5 ans, afin de poursuivre leur développement. AGILE.CH propose donc d'ancrer cette évaluation dans la loi. Les conditions d'admission dans les réseaux devraient être complétées par une participation appropriée des patientes et patients. Les réseaux ne doivent pas être gérés et/ou contrôlés par les assureurs maladie.	
AGILE.CH	40a			AGILE.CH reconnaît l'utilité des médecins de confiance endossant le rôle de personnes de contact, en particulière pour des personnes qui prennent régulièrement des médicaments et/ou qui suivent des traitements médicaux. Aujourd'hui déjà, la majorité des assuré.e.s a opté pour un modèle d'assurance limitant leur choix de prestataires, et s'engagent ainsi à contacter leur médecin de famille ou un service de télémédecine avant d'avoir recours à un.e spécialiste. AGILE.CH salue le fait que la Confédération promeuve de manière ciblée ces modèles d'assurance impliquant un choix restreint de prestataires, au moyen de campagnes par exemple. En revanche, AGILE.CH rejette la proposition du Conseil fédéral d'introduire une obligation de procéder à une première clarification auprès d'un premier point de contact. En transférant au premier point de contact le pouvoir de décision de la forme du traitement, on porte atteinte à l'autonomie des patient.e.s. Ainsi, un patient ou une patiente qui sent que quelque chose ne va pas sans que le premier point de contact ne parvienne à en établir la cause ne pourrait contacter un.e spécialiste qu'avec l'accord du premier contact. Cela relève de l'inégalité de pouvoirs et instaure une dépendance de la patientèle envers le premier contact. AGILE.CH craint que les premiers points de contact soient mis sous pression pour ne pas orienter trop souvent des patient.e.s à des spécialistes, en	Cet article «Premier point de contact» doit être supprimé Nouvelle base juridique Le Conseil fédéral et les assurances maladie encouragent le choix de modèles d'assurances limitant le libre choix des prestataires de soins. Pour ce faire, ils peuvent garantir des baisses de primes et mener des campagnes nationales.

				particulier si le diagnostic n'est pas clair. Pour les personnes vivant avec une maladie rare, cela aurait pour effet de retarder encore le diagnostic puisque leur accès à des médecins spécialistes serait limité. Le premier point de contact pourrait en outre empêcher l'obtention d'un deuxième avis médical, bien que celui-ci permette, preuves à l'appui, d'éviter des interventions, traitements et thérapies inutiles. Pour de nombreuses personnes, les primes d'assurance-maladie représentent une lourde charge. La baisse obtenue par le biais de modèles d'assurance avec limitation du choix des prestataires est donc importante. Avec l'introduction du point de premier contact, une telle baisse serait supprimée, ce qui entrainerait une augmentation des primes pour de nombreuses personnes. Certaines maladies impliquent que la responsabilité principale du traitement soit endossée par un.e spécialiste. C'est le cas par exemple de la mucoviscidose, dont le ou la spécialiste est pneumologue. Pour de telles maladies, il ne fait aucun sens de s'adresser à un premier point de contact, ou à un médecin ayant une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie, en médecine pour adolescents ou encore à un.e généraliste.	
AGILE.CH	42	3ter		AGILE.CH salue en principe le fait que la facturation électronique devienne la norme dans le domaine de la santé. Nous demandons toutefois que la définition de standards uniformes au niveau suisse pour la transmission électronique de factures respecte l'accessibilité pour les personnes non voyantes, conformément à l'art. 9 CDPH. Des personnes mal ou non voyantes doivent impérativement être intégrées à l'élaboration de modèles de facturation. AGILE.CH propose aussi d'améliorer la compréhensibilité et la transparence des factures médicales. Aux yeux d'AGILE.CH, il est important que les assuré.e.s puissent décider de recevoir leurs factures sur support électronique ou	3ter Le fournisseur de soins adresse à sa patientèle des factures sous forme électronique, tout en garantissant leur lisibilité pour les personnes non voyantes.

				sous format papier, et ce gratuitement.	
	52	1		Dans la phrase introductive, le renvoi à l'ensemble de l'art. 32 LAMal (critères EAE) doit être élargi, car le principe de l'évaluation de la rémunération la plus avantageuse possible s'applique spécifiquement aux médicaments, aux analyses, ainsi qu'aux moyens et à des objets. AGILE.CH craint que les personnes vivant avec une maladie chronique comme par exemple le diabète, soient ainsi incitées à changer de médicament chaque année si elles ne peuvent pas payer la différence entre le remboursement fixé et le médicament qui leur convient. AGILE.CH rejette donc cette modification.	[1]Après consultation des commissions compétentes et compte tenu des principes énoncés à l'art. 32, al. 1, et à l'art. 43, al. 6 :
AGILE.CH	52b			Pour les personnes dépendantes d'un médicament en cours d'homologation, il est essentiel qu'il leur soit disponible dès le jour de son autorisation de commercialisation par Swissmedic. AGILE.CH attend que les patientes et patients puissent à l'avenir obtenir de nouveaux médicaments beaucoup plus rapidement grâce à l'introduction des nouveaux modèles de prix proposés. La création d'un fond permettant de financer de nouveaux médicaments durant les négociations tarifaires permettrait de garantir leur mise à disposition rapide.	
AGILE.CH	52c			AGILE.CH soutient le fait que le montant des restitutions soit tenu secret afin de protéger l'industrie pharmaceutique, pour autant que cela permette de négocier les prix des médicaments à la baisse, ainsi qu'un accès rapide (dès la décision d'autorisation de Swissmedic) à de nouveaux traitements novateurs.	
AGILE.CH	54			AGILE.CH rejette fermement les objectifs de maîtrise des coûts dans l'AOS, car l'augmentation des coûts liés à l'évolution démographique fait planer le danger d'une restriction des soins pour compenser le manque à gagner. Si cette disposition devait toutefois être maintenue, il faudrait au moins ajouter l'alinéa 6	Supprimer l'article

				suivant: «En fixant les objectifs de maîtrise des coûts ainsi qu'une marge de tolérance, il veille à ce qu'il n'y ait aucun rationnement de prestations correspondant aux critères de l'efficacité de l'adéquation et de l'économicité.»	
	54d			AGILE.CH préfère clairement la variante la moins contraignante de l'art. 54d, avec formulation potestative.	Opter pour la formulation potestative si les objectifs de maîtrise des coûts sont introduits.
	54e			Les personnes en situation de handicap et celles qui vivent avec une maladie chronique sont les mieux à même d'évaluer quels traitements et quels médicaments améliorent leur qualité de vie. Leur intégration dans la Commission fédérale des objectifs en matière de coûts est de ce fait impérative. AGILE.CH demande de prévoir quatre sièges dans la commission pour les représentant.e.s des assuré.e.s et des organisations de patient.e.s, dont au minimum deux personnes concernées par un handicap ou une maladie rare, qui sont à même d'apporter dans les débats le point de vue des bénéficiaires de prestations. Afin de garantir l'indépendance de la représentation des patientes et patients, le travail de commission doit être indemnisé en conséquence. Si des organisations de patient.e.s dépendent du soutien financier d'entreprises pharmaceutiques parce qu'elles apportent leurs compétences et expériences dans leurs organes, leur indépendance est restreinte. AGILE.CH propose donc à ce sujet de consigner les débats en séances de commission dans un procès-verbal afin de garantir la transparence.	Alinéa supplémentaire [4]Au moins 4 personnes représentant le point de vue des personnes assurées ainsi que des patientes et patients, dont au moins deux personnes personnellement concernées par une maladie chronique ou un handicap.
	IV	14		Les enfants et les jeunes jusqu'à 20 ans ont droit à des mesures médicales visant à améliorer de façon permanente et substantielle leur capacité de gain, ou à empêcher qu'elle ne soit sensiblement altérée. Pour les infirmités congénitales figurant dans la LIC, l'AI prend en charge toutes les mesures médicales nécessaires sans tenir compte de la future capacité de gain. Pour les enfants et les jeunes en situation de handicap, il est	Art. 14 al. 1 let. d. les mesures d'adaptation et de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin; [4]Pour décider si le traitement sera dispensé sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier, l'assurance tient équitablement compte des propositions du médecin traitant et de la situation de

				essentiel que les traitements soient fournis précocement et pris en charge même en cas de doute. De ce fait, la priorité accordée à la rémunération la plus avantageuse possible, conformément à la proposition du Conseil fédéral à l'art. 32, al 3 AP-LAMal est à rejeter fermement, en particulier du point de vue de LAI. Les traitements fournis en bas âge sont autant de bases importantes permettant de vivre une vie autodéterminée, de participer à la société et d'avoir un emploi rémunéré. Les objectifs de prise en charge de traitements au sens des art. 13 et 14 LAI sont sensiblement différents de ceux relevant de l'AOS. Cette ouverture à des formes de traitements diversifiés doit impérativement être maintenue dans l'AI. La spécificité des maladies rares doit être prise en compte, comme par exemple la faible part de la population concernée, qui pourrait influencer à la fois l'analyse statistique, le design de l'étude, le caractère inhomogène de la population de patient.es et les incertitudes et lacunes qui subsistent au niveau des données. Il convient également de mentionner que la révision de la LIC a pour but, entre autres, d'intégrer d'autres maladies rares pour autant qu'elles remplissent les critères. Ce sont les raisons pour lesquelles AGILE.CH rejette fermement tout alignement des dispositions LAI sur les règlements de la LAMal, qui se concentrent sur la réadaptation. AGILE.CH demande en outre que le terme «adaptation» tel que formué à l'art. 26 CDPH, soit transféré à l'art. 14 LAI. La formulation de l'al. 4 n'est pas claire pour AGILE.CH. Nous en déduisons que la situation de vie de la personne sera prise en compte, et non les circonstances financières. AGILE.CH propose de formuler cette disposition de manière plus précise.	vie de l'assuré.e.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : IG Seltene Krankheiten

Abkürzung der Firma / Organisation : IGSK

Adresse : Schauplatzgasse 39, 3011 Bern

Kontaktperson : Petra Wessalowski

Telefon : 031 313 18 48

E-Mail : info@ig-seltene-krankheiten.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 6

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 7

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
IGSK	Die IGSK unterstützt im Grundsatz das Ziel der vorgeschlagenen Massnahmen, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen. Je nach Ausformulierung gewisser Gesetzesänderungen besteht jedoch die Gefahr, dass die Massnahmen sich nachteilig auf die Situation der Betroffenen mit seltenen Krankheiten auswirken könnten.
IGSK	Um einen rechtsgleichen Zugang zu Diagnose und Behandlung für die Betroffenen von seltenen Krankheiten gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, die besonderen Umstände dieser Menschen im Gesetzgebungsverfahren von Anfang an mitzuberücksichtigen. Durch einen frühzeitigen Einbezug der Bedürfnisse dieser Patientengruppe kann ausserdem verhindert werden, dass das Gesetz im Nachhinein korrigiert werden muss.
IGSK	Generell begrüssen wir die vorgesehene Harmonisierung von Krankenversicherungsgesetz und Invalidenversicherung im Sinne eines reibungslosen Übergangs von der IV zur OKP nach dem 20. Lebensjahr der Patientinnen und Patienten. Die Annäherung zwischen IVG und KVG darf aber nicht auf Kosten der kürzlich erfolgten gesetzlichen Anpassungen im Rahmen der IV-Revision gehen. Mit der Anpassung von Art. 14 Abs.3 IVG) des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, wonach die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit mitberücksichtigt werden soll, wird der speziellen Situation bei den seltenen Krankheiten Rechnung getragen. Gerne möchten wir eine entsprechende Ergänzung auch im Krankenversicherungsgesetz im Zusammenhang mit der Anwendung der WZW-Kriterien anregen (betrifft Art. 32 Abs.1).
IGSK	Eine koordinierte, gut abgestimmte Versorgung bereits während der Diagnosestellung bis hin über den gesamten Behandlungspfad im Falle von seltenen Krankheiten von grösster Bedeutung. Eine zentrale Massnahme des nationalen Konzepts für seltene Krankheiten sieht deshalb die Bezeichnung von Zentren für seltene Krankheiten, Versorgungsnetzwerken und krankheitsspezifischen Referenzzentren vor. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind diese Strukturen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung (gemäss Art. 36b) hinsichtlich Vergütung von Leistungen und Koordinationsaufgaben gleichzustellen. Entsprechend sollen die Zentren und ihre Netzwerke den Status einer Erstberatungsstelle (Art. 40a) erhalten.
IGSK	Eine Regelung auf Gesetzesstufe für innovative Preismodelle (betrifft Art. 52 Abs. 1 KVG / Artikel 14 Abs 6 IVG) ist grundsätzlich zu begrüssen, sofern diese den rechtsgleichen Zugang zu lebenswichtigen Therapien beschleunigen. Zusätzlich sprechen wir uns für einen systematischen Einbezug der Perspektive der Patientinnen und Patienten bei den Preisverhandlungen von neuen Therapien hinsichtlich der Frage nach der Wirksamkeit aus.
IGSK	Das Kostengünstigkeitsprinzip (Art. 32 Abs. 3 KVG) wie auch die Einführung von Zielvorgaben (Art. 54a-e KVG) ohne Regelungen für die Behandlung von Betroffenen mit seltenen Krankheiten könnten zu einer Verschlechterung beim Zugang führen und dem Nationalen Konzept Seltene Krankheiten widersprechen, das den Zugang und die Vergütung von Diagnose und Therapie zum Ziel hat. Betroffene von seltenen Krankheiten sind besonders verletzlich und sollten vor einer Rationierung und Qualitätsverlusten in der Versorgung geschützt werden, die durch starre Zielvorgaben ausgelöst werden könnten. Diese beiden Änderungen

	lehnen wir daher ebenfalls ab.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
IGSK	36	2	b	Bei der Festlegung von Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke zur koordinierten Versorgung sollen die Umstände der Zentren für seltene Krankheiten, der Versorgungsnetzwerke und krankheitsspezifischen Referenzzentren, wie sie im nationalen Konzepts für seltene Krankheiten vorgesehen sind, berücksichtigt werden.	Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. *Er berücksichtigt dabei, den rechtsgleichen Zugang zu einer adäquaten Behandlung für alle Patienten, speziell im Fall von seltenen Krankheiten.* Die Zulassungs-voraussetzungen müssen […]
IGSK	32	1		Bei der Anwendung der WZW-Kriterien nach KVG muss im Fall von seltenen Krankheiten die Häufigkeit des Auftretens der Krankheit berücksichtigt werden.	Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. *Im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.*

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

IG Seltene Krankheiten
CI Maladies rares
CI Malattie rare

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 165
3097 Bern-Liebefeld

tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Bern, 18. November 2020

VERNEHMLASSUNG
Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die IG Seltene Krankheiten (IGSK) bedankt sich für die Möglichkeit der Vernehmlassung. Die IGSK vereinigt ProRaris, Orphanet Schweiz, den Förderverein für Kinder mit seltenen Krankheiten KMSK, den Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse), der eine breite Vertretung der Universitätsspitäler in der IGSK gewährleistet, die Kantonsspitäler Aarau und St. Gallen, den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, interpharma und die Vereinigung Pharmafirmen Schweiz vips. Die IGSK initiierte den Nationalen Massnahmenplan Seltene Krankheiten, fördert die Sensibilität für seltene Krankheiten, setzt sich für die Verbesserung der Versorgung der betroffenen Patienten ein und begleitet die Arbeiten am Nationalen Massnahmenplan des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Gemäss Schätzungen leiden in der Schweiz rund 500‘000 Menschen an einer seltenen Krankheit. Die vorgesehene Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) betrifft in einzelnen Punkten zentrale Interessen von Betroffenen mit seltenen Krankheiten.

Allgemeines

Die IGSK unterstützt im Grundsatz das Ziel der vorgeschlagenen Massnahmen, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen. Je nach Ausformulierung gewisser Gesetzesänderungen besteht jedoch die Gefahr, dass die Massnahmen sich nachteilig auf die Situation der Betroffenen mit seltenen Krankheiten auswirken könnten. Patientinnen und Patienten mit einer seltenen Krankheit haben mit vielfältigen Herausforderungen zu kämpfen. Sehr oft sind seltene Krankheiten schwerwiegend, verlaufen chronisch und können behindernd oder lebensbedrohend sein. Patienten, die an seltenen Krankheiten leiden, haben auch heute noch viel zu oft einen beschwerlichen Weg zu einer korrekten Diagnose – und darauf aufbauend einer gezielten Behandlung; bis dahin kann es Jahre dauern. Das Wissen über den Krankheitsverlauf ist in vielen Fällen gering und es fehlt an

Therapiemöglichkeiten. Wenn es für Betroffene einer seltenen Krankheit überhaupt eine Behandlung gibt, so ist die Kostenübernahme durch die Krankenkasse häufig ungewiss. Regulatorische Lücken führen hier zu beträchtlichen Unsicherheiten und Rechtsungleichheiten. Mit der Umsetzung des nationalen Konzeptes Seltene Krankheiten soll die Versorgungsqualität bei seltenen Krankheiten verbessert werden – konkret die rasche Diagnosestellung, die Versorgung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie die Forschung. **Dieses Ziel einer gleichberechtigten medizinischen Versorgung von Betroffenen mit seltenen Krankheiten darf durch das Ziel, Kosten zu sparen nicht gefährdet werden. Um dies zu verhindern, möchten wir im Folgenden auf einzelne Punkte des Änderungserlasses näher eingehen.**

Behandlungsqualität

Seltene Krankheiten verlaufen chronisch und sind sowohl in der Diagnosestellung als auch der Behandlung sehr komplex. Meistens betreffen sie nicht nur ein Organ, sondern wirken sich auf den gesamten Körper aus. Das erfordert ein vielschichtiges Behandlungskonzept, das neben Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete auch weitere Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und sonstige relevante Institutionen miteinschliesst. Vor diesem Hintergrund ist eine koordinierte, gut abgestimmte Versorgung bereits während der Diagnosestellung bis hin über den gesamten Behandlungspfad im Falle von seltenen Krankheiten von grösster Bedeutung. Eine zentrale Massnahme des nationalen Konzepts für seltene Krankheiten sieht deshalb die Bezeichnung von Zentren für seltene Krankheiten, Versorgungsnetzwerken und krankheitsspezifischen Referenzzentren vor. Ziel dieser interdisziplinären Strukturen ist es, den Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf den Zugang zu einer adäquaten Behandlung zu gewährleisten und das Wissen zu den Krankheiten zu bündeln. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben sind diese Strukturen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung (gemäss **Art. 36b**) hinsichtlich Vergütung von Leistungen und Koordinationsaufgaben gleichzustellen. Diese Massnahme ist nötig, um sicherzustellen, dass Patienten mit seltenen Krankheiten in der ganzen Schweiz medizinisch gleich gut versorgt werden. Entsprechend sollen die Zentren und ihre Netzwerke den Status einer Erstberatungsstelle (**Art. 40a**) erhalten, falls diese künftig nicht mehr freiwillig sein sollte. Auch müsste sich die Höhe der Vergütung der Beratungspauschale an den komplexeren Herausforderungen und dem grösseren Umfang bei seltenen Krankheiten orientieren. Zahlreiche Betroffene sind zudem auf überlebenswichtige Behandlungen an Zentren im Ausland angewiesen. Eine Freiwilligkeit wäre aber in jedem Fall auch weiterhin vorzuziehen, zumal sie sich bisher gut bewährt hat. Die Verpflichtung, eine nicht spezialisierte Erstberatung bei seltenen Krankheiten zu nutzen, wäre nicht zielführend und könnte zu einer Verzögerung der notwendigen Behandlung führen.

Zugang zu Diagnose und Therapien

Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten haben einen erschwerten Zugang zu Therapien, sei es, weil für ihre Krankheit keine Behandlung existiert, diese nicht verfügbar ist oder nicht vergütet wird. Deshalb begrüssen wir grundsätzlich eine Regelung auf Gesetzesstufe für innovative Preismodelle (betrifft **Art. 52 Abs. 1 KVG** / **Artikel 14 Abs 6 IVG**), sofern diese den rechtsgleichen Zugang zu lebenswichtigen Therapien beschleunigen. Darüber hinaus gilt beim Zugang zu Therapien für seltene Krankheiten zu berücksichtigen, dass bei deren Behandlung meist nicht kurative Ziele im Fokus stehen. Oftmals geht es stattdessen darum, das Leiden zu lindern und die Lebensqualität der

Betroffenen zu verbessern. Auch deshalb sprechen wir uns für einen systematischen Einbezug der Perspektive der Patientinnen und Patienten bei der WZW-Beurteilung von neuen Therapien aus. Patientinnen und Patienten müssen bei der Wirksamkeitsbeurteilung befragt werden. Sie wissen am besten, was ein Medikament bewirken soll, um ihre Lebensqualität zu verbessern. Der Miteinbezug der Patientenstimme macht auch deshalb Sinn, weil die Überprüfung von Leistungen anhand der WZW-Kriterien im Fall von seltenen Krankheiten aufgrund der ungenügenden Datengrundlage und den oftmals fehlenden Vergleichstherapien gar nicht oder nur bedingt funktioniert. Mit der Anpassung von Art. 14 Abs.3 IVG des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, wonach die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit mitberücksichtigt werden soll, wurde die spezielle Situation bei den seltenen Krankheiten verankert. Darüber hinaus trägt diese Ergänzung dem Zweck der Eingliederung sowie der eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der Versicherten Rechnung. Das ist sehr erfreulich. Im Unterschied zum IVG ist das KVG auf einzelne Leistungen ausgerichtet. Eine strikte Anwendung der WZW-Kriterien für die Spezialitätenliste ohne Berücksichtigung des Prinzips der Eingliederung und selbstbestimmten Lebensführung, das bei seltenen Krankheiten eine zentrale Rolle spielt, lehnen wir ab. Gerne möchten wir deshalb im Zusammenhang mit der Anwendung der WZW-Kriterien eine zum IVG (Art 14 Abs. 3 IVG) analoge Anpassung im Krankenversicherungsgesetz anregen. (betrifft **Art. 32 Abs.1 KVG**). Eine zu konsequente Anwendung eines zu komplexen Systems im KVG könnte insbesondere bei Menschen mit seltenen Krankheiten zu einer Verschlechterung des rechtsgleichen Zugangs zu Therapien führen.
Dies gilt ebenso in Bezug auf das Kostengünstigkeitsprinzip (Art. 32 Abs. 3 KVG) wie auch für die Einführung von Zielvorgaben (Art. 54a-e KVG) ohne Regelungen für die Behandlung von Betroffenen mit seltenen Krankheiten könnten zu einer solchen Verschlechterung führen und dem Nationalen Konzept Seltene Krankheiten widersprechen, das den Zugang und die Vergütung von Diagnose und Therapie zum Ziel hat. Betroffene von seltenen Krankheiten sind besonders verletzlich und sollten vor einer Rationierung und Qualitätsverlusten in der Versorgung geschützt werden, die durch starre Zielvorgaben ausgelöst werden könnten. Diese beiden Änderungen lehnen wir daher ebenfalls ab. **Generell begrüssen wir die vorgesehene Harmonisierung von Krankenversicherungsgesetz und Invalidenversicherung im Sinne eines reibungslosen Übergangs von der IV zur OKP nach dem 20. Lebensjahr der Patientinnen und Patienten. Dies bedingt aber, dass die Annäherung zwischen IVG und KVG nicht auf Kosten der kürzlich erfolgten gesetzlichen Anpassungen im Rahmen der IV-Revision geht.**

Wir sind dem Postulat 10.4055, der Basis des Nationalen Konzepts Seltene Krankheiten, verpflichtet. Dieses fordert eine bessere Versorgung der Betroffenen von seltenen Krankheiten. Die sehr vielversprechenden Massnahmen im Konzept können jedoch nur ungenügend umgesetzt werden, solange eine gesetzliche Grundlage und die finanziellen Rahmenbedingungen fehlen. Deshalb hat die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit den Bundesrat im Februar 2018 mit dem Postulat 18.3040 beauftragt, in einem Bericht aufzuzeigen, welche gesetzlichen Anpassungen und finanziellen Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Versorgung im Bereich seltener Krankheiten nötig sind. Dieser Bericht sollte demnächst vorgelegt werden. **Um einen rechtsgleichen Zugang zu Diagnose und Behandlung für die Betroffenen von seltenen Krankheiten gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, die besonderen Umstände dieser Menschen im Gesetzgebungsverfahren von Anfang an mitzuberücksichtigen. Durch einen frühzeitigen Einbezug der Bedürfnisse dieser Patientengruppe kann ausserdem verhindert werden, dass das Gesetz im Nachhinein korrigiert werden muss.** Im Namen der Betroffenen von seltenen Krankheiten danken wir Ihnen dafür.

Für Fragen und Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Zuständig für Rückfragen ist die IGSK-Geschäftsstelle (Petra Wessalowski, petra.wessalowski@furrerhugi.ch, +41 79 694 89 34 oder Nicole Disler, nicole.disler@furrerhugi.ch, +41 76 562 26 04).

Freundliche Grüsse

Nationalrätin Ruth Humbel
Präsidentin IG Seltene Krankheiten

Petra Wessalowski
Geschäftsführerin IG Seltene Krankheiten

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachstelle kindsverlust.ch, Fachstelle Kindsverlust während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit

Abkürzung der Firma / Organisation : kindsverlust.ch

Adresse : Belpstrasse 24, 3007 Bern

Kontaktperson : Madlaina Zindel

Telefon : 031 333 33 60

E-Mail : madlaina.zindel(at)kindsverlust.ch

Datum : 12.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 4

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 14

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Kindsverlust.ch	35 36 40	2	O b und folgende a und folgende siehe die Bst. c und d und Punkt 4	Erstberatungsstelle/Adavanced Practice Kindsverlust.ch begrüsst es sehr, dass der Bundesrat gut acht Jahre nach dem Scheitern der "Managed- Care"-Vorlage substanzielle – und substanziell bessere – Vorschläge zur Stärkung der koordinierten Versorgung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung macht. Die Einführung von Erstberatungsstellen und die gesetzliche Verankerung von Netzwerken der koordinierten Versorgung sowie von Programmen der Patientenversorgung sind Massnahmen, die in die richtige Richtung gehen. Die Stärkung der **Leistungskoordination**, der (Erst-)**Beratung** und der **Dossierführung** ist sehr wichtig. Diese Aufgaben müssen aber zusammen gedacht werden, weshalb kindsverust.ch nicht einsieht, wieso der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle und den Netzwerken der koordinierten Versorgung zwei verschiedene und voneinander getrennte neue (bzw. neu definierte) Kategorien von Leistungserbringern einführen will: Netzwerke können die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen, Erstberatungsstellen müssen aber nicht zwingend Koordinationsaufgaben übernehmen; Erstberatungstellen sollen obligatorisch sein, Koordinationsnetzwerke hingegen nicht. Der SHV erachtet es als wichtig, dass sowohl die **Erstberatung** als auch die **Dossierführung** (inkl. elektronischem	**Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung** 1 Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die: a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt. oder c. durch eine Hebamme mit registriertem AP Titel (bsp. AP Midwife) geleitet wird. d. einem Geburtshaus auf der kantonalen Spitalliste entspricht 2 Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ

				Patientendossier) und die **Leistungskoordination** aus einer Hand erfolgen. Als **Gegenvorschlag** zu den bundesrätlichen Vorschlägen bzw. als **Konzept** für deren **konsequentere Umsetzung** soll mit der Einführung einer **einheitlichen "Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)"** der Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer hochstehenden und optimal koordinierten medizinischen Erstversorgung sichergestellt werden. Die gegenwärtigen Entwicklungen des Gesundheitswesens in der Schweiz entsprechen den globalen Trends und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Diese sind von einer deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität in allen Altersgruppen (Global Buden of Disease Study, 2017), von einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung, von Fachkräftemangel, der Förderung von Medizintechnologie und Digitalisierung sowie der **Stärkung paramedizinischer Berufe** gekennzeichnet. Diese Entwicklungen tangieren auch die perinatale Gesundheitsversorgung. In diesem Kontext begrüsst kindsverlust.ch die Absicht des Bundesrates, die «Advanced Practice Rolle (AP) zu stärken und im Gesetz zu verankern. Es ist aber zwingend notwendig die AP-Rolle spezifisch pro Beruf zu verankern und nicht der Begriff ANP generell, damit alle paramedizinischen Berufe, welche AP Rollen in Zukunft definieren, ebenso abgebildet sind. International misst die Weltgesundheitsorganisation in ihrem europäischen Kompendium “Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health (WHO 2015) den Hebammen eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Herausforderungen in der Perinatalversorgung zu. Im englischsprachigen Raum ist diese erweiterte und spezialisierte Befähigung von Hebammen unter dem Begriff “Advanced Midwifery Practice” (AMP) oder	hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. 3 Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin oder die Hebamme mit registriertem AP Titel (AP Midwife) oder die Leitung eines Geburtshauses auf der Spitalliste, der oder die das Netzwerk leitet; b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss; c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss; d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette; e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen; f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der Patientin; 4 Der Bundesrat regelt den AP-Titel für Hebammen.

				“Advanced Practice Midwife” (APM) bekannt. So arbeiten in Grossbritannien bereits Hebammen in der Funktion der “Specialist Maternal Mental Health Midwife” (Crabbe & Hemingway, 2014). Gesundheitsfachpersonen in Advanced Practice Rollen verfügen über vertiefte wissenschaftliche und fachliche Kompetenzen. Dank diesen können sie Aufgaben übernehmen, die über ihren klassischen Verantwortungsbereich hinausgehen. Sie sind prädestiniert eine BKS zu leiten. Die BKS – das können neben Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Gemeinschaftspraxen auch Geburtshäuser auf der Spitalliste oder von Hebammen mit AP Titel geleitete Hebammenpraxen sein – sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination der Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie würden sicherstellen, dass das elektronische Patientendossier laufend aktualisiert und kompetent geführt wird. Die BKS stellen aber auch die Kontinuität in der Begleitung der PatientInnen sicher und stärken die interprofessionelle Zusammenarbeit. Somit wäre gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten – je nach Lebenssituation – auch nicht-ärztlich geführte Netzwerke als BKS wählen könnten und nicht "gezwungen" werden, ausschliesslich ärztlich geleitete Netzwerke zu wählen. Soll die Interprofessionalität gemäss der Charta der SAMW aber zum Durchbruch verholfen werden, muss die AP Rolle zwingend auf der gesetzlichen Ebene legitimiert werden. Dies ist nötig, um auch im Bereich der paramedizinischen Berufe Pilotprojekte im Bereich AP rascher zu implementieren und geeignete Tarifierungssysteme entwickeln zu können. Die pauschale Abgeltung der Leistungen der Erstberatung und der Koordination ist richtig, sie birgt aber auch ein Missbrauchspotenzial. Besteht nämlich ein ökonomischer Druck, Beratungsleistungen unter möglichst geringem Aufwand zu erledigen, so würde dies in der Geburtshilfe Probleme schaffen. Vor allem Schwangere in komplexen Situationen	

				könnten zum "unerwünschten Kostenrisiko" werden. Abhilfe könnte hier schaffen, dass besonders aufwendige, eindeutig notwendige und identifizierbare Beratungs- und Koordinationsaufgaben als Einzelleistungstarife verrechnet werden könnten.	
Kindsverlust.ch	64	7	b	Die Fachstelle kindsverlust.ch unterstützt und begrüsst grundsätzlich die vom Bundesrat gewählte Formulierung: «Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG soll ergänzt werden mit den Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft. Auch diese Leistungen sollen, neben den Leistungen nach den Artikeln 25 und 25*a* KVG, ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft, von der Kostenbeteiligung befreit werden.» **Es ist wichtig, dass sämtliche Mutterschaftsleistungen sowie auch alle «schwangerschaftsfremden» Leistungen von Franchise und Selbstbehalt befreit sind.** Die **im Gesetzestext belassene Definition und enge Limitierung *ab der 13. Schwangerschaftswoche*** führt in der Praxis jedoch immer wieder zu grossen Problemen. Die Problematik beginnt nämlich dann, wenn Schwangere vor der 13. SSW schwangerschaftsbedingte Komplikationen wie Blutungen, drohende Fehlgeburt oder eine Fehlgeburt erleiden. Die Krankenversicherer kommen für Komplikationen in der Schwangerschaft erst ab der 13. Schwangerschaftswoche auf. Sämtliche Kosten (z.Bsp. wiederholter Ultraschall bei Komplikationen, zusätzliche Laborkontrollen und operative Curettage) müssen von der Schwangeren selber getragen	

				werden. Die Motion Kälin 18.4372 aus dem Jahre 2018 zeigt diese Situation exemplarisch auf. Schwangere, welche vor der 13. SSW Komplikationen erleiden oder sogar ihr Kind verlieren, werden gegenüber Frauen, welche diese Probleme zu einem späteren Zeitpunkt (nach der 13. SSW) erfahren, klar benachteiligt. Sie tragen teilweise hohe Kosten der Behandlungen selber. Eine Curettage kostet (operativer Eingriff im Spital, excl. Vor- und Nachkontrolle) rund CHF 800 - 1100. Die Frauen müssen auch für den Selbstbehalt aufkommen und es wird ihnen die Franchise berechnet. Mit allen Kontrollen kann diese Summe rasch auf gegen CHF 1500 - 2000 steigen. Nicht wenige Frauen in der Schweiz sind von dieser gesetzlichen nicht verständlichen Ungleichstellung betroffen: Etwa jede fünfte Schwangerschaft endet in einer frühen Fehlgeburt [4] [5]. Allein am Universitätsspital Zürich betraf diese Unrechtbehandlung in den Jahren 2018/2019 insgesamt 266 resp. 300 Frauen. Der in der Motion Kälin korrekt beschriebene Missstand wird mit dem vorliegenden Textvorschlag des Artikels 64, Abs. 7, Bst. b leider **nicht** behoben. Er kann nur behoben werden, wenn die Kostenbeteiligung bereits ab Beginn der Schwangerschaft wegfällt. (siehe Textvorschlag). In der bundesrätlichen Begründung zur Motion Kälin wird mit folgender Erklärung auf den Vorschlag der Kostenbefreiung ab Beginn der Schwangerschaft argumentiert: «*Mit der heutigen Regelung werden Behandlungen von Komplikationen in den ersten zwölf Wochen wie Spontanaborte oder Eileiterschwangerschaften nicht von der Kostenbeteiligung befreit. Es ist korrekt, dass Frauen, welche in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen wegen Komplikationen Behandlungen benötigen, gegenüber Frauen, bei denen die Schwangerschaft problemlos verläuft, in Bezug auf die Erhebung der Kostenbeteiligung benachteiligt sind. Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang festgehalten, dass*	Textvorschlag für Art. 64, Abs. 7, Bst. b KVG: *Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:* *Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die **ab Beginn der Schwangerschaft**, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.*

				der Beginn der Schwangerschaft erst im Nachhinein *festgestellt werden kann und der Versicherer allenfalls bereits Kostenbeteiligungen auf Behandlungen erhoben hat, wenn er von der Schwangerschaft erfährt.* ***Eine nachträgliche Befreiung von der Kostenbeteiligung*** *auf Behandlungen während den ersten zwölf Schwangerschaftswochen würde daher zu* ***unverhältnismässigem Verwaltungsaufwand*** *führen.»* Für die Fachstelle kindsverlust.ch ist dies eine unhaltbare und fadenscheinige Begründung, denn es geht letztlich nur darum, für die Versicherer die Verwaltungskosten tief zu halten. Damit werden die Kosten jedoch bewusst den betroffenen Schwangeren auferlegt! Kindsverlust.ch wehrt sich vehement gegen diese gesetzliche Ungerechtigkeit, die weder logisch begründbar noch medizinisch vertretbar ist. Eine Schwangerschaft wird berechnet aufgrund des ersten Tages der letzten Menstruation. Bleibt die monatliche Blutung aus, macht die Frau in der Regel bald einen (in der heutigen Zeit quasi überall, sogar am SELECTA-Automat, erwerbbaren) Schwangerschaftstest. Fast jede Schwangere in der Schweiz weiss bereits nach 4-6 Wochen post menstruationem, dass sie gemäss Schnelltest schwanger ist und geht Folge dessen bereits in der 6. – 8. Woche zur ersten Untersuchung. Das heisst, die tatsächliche Zeitspanne, währenddessen allfällige bereits bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssten und dadurch hohe Verwaltungskosten entstehen würden, ist kurz und rechtfertigt niemals die auf die Betroffenen überwälzten Kosten. Hebammen, welche Schwangerschaftskontrollen anbieten, sind mit einem **zusätzlichen Problem** konfrontiert, welches nur durch die Übernahme des Textvorschlages des SHV behoben werden kann. Nämlich: - Schwangerschaftskontrollen, welche vor der 13. SSW (also noch vor der Kontrolle bei einer Ärztin) von Hebammen	

				durchgeführt werden, werden in vielen Fällen durch die Versicherer nicht bezahlt. Begründung der Versicherer: «Da die 13. SSW noch nicht mit einem Ultraschalluntersuch bestätigt wurde, wird diese Kontrolle nicht vergütet». In solchen Fällen stellen die Versicherer entweder der Schwangeren die Kontrolle in Rechnung und/oder die Kontrolle wird der Hebamme nicht bezahlt, was bedeutet, dass sie in solchen Fällen gratis eine medizinische Leistung erbracht hat. Hebammen sind befugt, gemäss Artikel 13, KLV Schwangerschaftskontrollen in eigener fachlicher Verantwortung durchzuführen. Diese Kompetenz wird durch das Gebaren der Versicherer seit etlichen Jahren beschnitten. Hebammen bieten Schwangerschaftskontrollen vor der 13. SSW oft gar nicht mehr an, um den Schwangeren Kosten zu ersparen. Auch das wiederholte Intervenieren des Verbandes unter Bezugnahme des Informationsschreiben des BAG vom März 2018 half nicht zu verhindern, dass etliche Versicherer Gesetze enger interpretieren als das BAG dies offiziell kundtut. Dies zeigt auf, wie wichtig es ist, dass eine Änderung auf der gesetzlichen Ebene passiert, denn Informationsschreiben werden missachtet und bleiben wirkungslos. 4 Lippincott Williams & Wilkins (2012): The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics (4 ed.) pp. 438–439 5 Diese Zahlen sind Schätzungen und gelten in Fällen, in denen der Frau bereits bekannt gewesen war, dass sie schwanger war. In vielen Fällen geschieht eine Fehlgeburt jedoch bereits bevor die Frau merkt, dass sie überhaupt schwanger war. Quelle: «How many people are affected by or at risk for pregnancy loss or miscarriage?» www.nichd.nih.gov. July 15, 2013	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Krebsliga Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : KLS

Adresse : Effingerstrasse 40, 3008 Bern

Kontaktperson : Franziska Lenz

Telefon : 031 389 93 17

E-Mail : franziska.lenz@krebsliga.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **5**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die Krebsliga bedankt sich für die Möglichkeit, zu der Änderung des KVG und den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung des Pakets 2 Stellung zu nehmen. Die 18 kantonalen und regionalen Krebsligen sowie die Krebsliga Schweiz unterstützen schweizweit Krebsbetroffene und ihre Angehörigen und engagieren sich in der krebsrelevanten Gesundheitsförderung, in der Prävention und Früherkennung von Krebs sowie in der nicht-kommerziellen Forschungsförderung. Eine koordinierte und qualitativ hochstehende Versorgung von Betroffenen über alle Phasen einer Krebserkrankung, bzw. deren Behandlung und Nachsorge ist uns ein zentrales Anliegen. Damit können gleichzeitig unnötige Kosten aufgrund von Komplikationen, Fehlbehandlungen sowie langen Arbeitsplatzabsenzen vermieden werden.
	Die Krebsliga begrüsst grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Eine qualitativ hochstehende und langfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten hängt von einem stabil finanzierten Gesundheitswesen ab. Die OKP-Prämien sind für einen Teil der Schweizer Bevölkerung nicht oder kaum mehr tragbar. Gerade die Diagnose Krebs kann drastische finanzielle Folgen mit sich bringen: Neben der Kostenbeteiligung an den Behandlungen und Medikamenten sowie weiteren Kosten wie beispielsweise für den Transport von und zu Onkologiezentren erleiden viele Betroffene massive finanzielle Einbussen, weil sie eine gewisse Zeit gar nicht oder nur teilweise arbeiten können. Vermehrt stellen wir deshalb fest, dass Krebsbetroffene Schwierigkeiten haben, Krankenkassenprämien, Franchisen und Selbstbehalte überhaupt zu bezahlen.
	Massnahmen zur Kostendämpfung dürfen die Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht gefährden und die Chancen- und Zugangsgerechtigkeit muss gewahrt bleiben. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend auch die Stärkung der Qualität entscheidend. Dies wird auch mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit umgesetzt werden, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig weniger eine sichtbare Kostensenkung bedeutet, jedoch wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung mittelfristig einen weit nachhaltigeren Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigen.
	Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso hat sich das Parlament in seiner Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im ersten noch im vorliegenden zweiten

	Kostendämpfungspaket entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Wirkungsvolle Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention führen mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Dämpfung des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in die Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden.
	Zudem können auch mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung sowie der Förderung des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – Kosten in der Gesundheitsversorgung gedämpft werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit drei Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch und Information unten den verschiedenen Stakeholdern.
	Weitere Überlegungen im Sinne der Kostendämpfung sind beachtenswert: In den letzten Jahrzehnten fand ein exponentiell steigender Wissenszuwachs in vielen Lebensbereichen statt, so auch im Gesundheitswesen. In der Medizin kann dies zur Folge haben, dass mehr Behandlungen und Abklärungen durchgeführt werden, welche nicht notwendig sind und Patientinnen und Patienten teilweise mehr schaden können als nützen. Zudem haben Betroffene zunehmend den berechtigten Wunsch auf Entscheidungsrecht und Selbstbestimmung. Dabei geht es aus juristischer und ethischer Sicht nicht nur um das Recht, Behandlungen einzufordern, sondern vermehrt um das Abwehrrecht, d.h. die Entscheidung, auf welche Abklärungen und Therapien im Sinne des Patientengesamtwohls verzichtet werden kann. Zentral ist eine partizipative Entscheidungsfindung, d.h. eine gemeinsam verantwortete Übereinkunft unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient/-in und Arzt/Ärztin auf Basis geteilter Information, sog. «Shared Decision Making». Ebenso interessant ist der Ansatz der Bewegung «Choosing wisely», um unnötige medizinische Leistungen im Interesse der Patientensicherheit zu vermindern. Dasselbe gilt für die Förderung einer «Futility-Kultur» für Leistungserbringer und Versicherte: Der Schutz vor Über-, Unter- und Fehlversorgung zugunsten der Patientinnen und Patienten in der Schweiz muss gefördert werden. Dies bietet gleichzeitig willkommenes Kostensparpotential – am besten werden die Kosten gesenkt durch Leistungen, die nicht erbracht werden. Das schweizerische Gesundheitssystem gehört anerkanntermassen zu den Besten der Welt. Zusätzliche Angebots- und Mengenausweitungen gehen nicht immer automatisch mit einer Qualitätssteigerung einher.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	Art. 21			Wir begrüssen, dass die **Datenweitergabe** im KVG geregelt und der Persönlichkeitsschutz berücksichtigt wird. Die Versicherer müssen dem Bund grundsätzlich aggregierte Daten liefern. Sofern aggregierte Daten zur Erfüllung einer Aufgabe ungeeignet sind und die benötigten Daten nicht schon anderweitig zur Verfügung stehen, soll das BAG anonymisierte Individualdaten erheben können. Dabei ist das BAG verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten jederzeit gewahrt ist. Auch bei anonymisierten Daten kann allerdings eine Re-Identifikation von Einzelpersonen nicht ausgeschlossen werden. Wir fordern das BAG auf, in Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten alles daranzusetzen, dass der Datenschutz optimal gewährleistet ist und das Risiko einer Re-Identifikation von Versicherten möglichst verhindert wird.	
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir begrüssen die Förderung von **Programmen zur koordinierten Patientenversorgung** mit interprofessioneller Beteiligung sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Behandlungsprozess hinweg, weil sie bessere Ergebnisse erzielen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich.	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, welche die entsprechenden Qualitätskriterien erfüllen, ihre Leistungen im Rahmen des organisierten Programms anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungs-programmen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf ‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht’ zu ändern. Dies, weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff ‘national oder kantonal organisierte Programme’ steht im Einklang mit Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG.	
	Art. 32	Abs. 3		Wir begrüssen den Entscheid des Bundesgerichts, dass das BAG bei der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nicht nur den Auslandpreisvergleich, sondern auch den therapeutischen Quervergleich durchzuführen hat. So kann dem Kosten-Nutzen des Medikaments besser Rechnung getragen	

				werden. Gleichzeitig macht es Sinn, wenn die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe erfolgt. Die WZW Beurteilung kann sich im Verlauf je nach Wandel der Therapieprinzipien ändern. Eine Aufnahme in die Spezialitäten-Liste sollte nicht bedeuten, dass dies unveränderlich ist – entsprechend wären Massnahmen für provisorische Listungen und Entlistungen nützlich. Gleichzeitig sollte die dokumentierte Nutzenbewertung als Bedingung für die definitive Zulassung aufgenommen werden (Value Based Assessment). Bei vorläufig zugelassenen neuen Medikamenten bzw. neuen Indikationen (Conditional Approval) sollen die Daten zum Nutzen nachgeliefert werden und entsprechend könnten begründete Preisanpassungen (in beide Richtungen) erfolgen. Dazu könnten evtl. national vorhandene und nachhaltig betriebene standardisierte Datenerhebungen (Register) genutzt bzw. über ihren Grundzweck hinaus erweitert werden. Die neu geschaffenen Register nach dem Krebsregistrierungsgesetz bieten sich hierfür an.	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wie bereits in den Ausführungen zu Art. 25 erwähnt, begrüssen wir die Förderung von Programmen zur koordinierten Patientenversorgung. Wir hoffen, dass solche Programme tatsächlich ermöglicht und gefördert werden. Aufgrund der inhaltlichen Zuordnung dieses Themas im Rahmen von kostendämpfenden Massnahmen und den entsprechenden erläuternden Ausführungen hegen wir jedoch die Befürchtung, dass die implizite Absicht besteht, solche Programme zu beschränken (siehe auch Seite 47 erläuternden Bericht).	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden

				Hingegen ist zentral, dass im Rahmen von sinnvollen **Programmen zur koordinierten Patientenversorgung** auch weitere nicht-ärztliche Leistungen zulasten der OKP ermöglicht werden. Die vom Parlament verabschiedete Kommissionsmotion «Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen» der SGK-N (18.3387) verlangt explizit, dass die OKP Kosten von Leistungen übernehmen soll, die im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung durchgeführt werden, wenn diese auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sind, zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung hinsichtlich des Behandlungsresultats führen sowie zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart werden. Gerade koordinative oder beratende Aufgaben im Rahmen von qualitätsgesicherten organisierten Programmen werden teilweise von Organisationen – wie beispielsweise kantonale und regionale Krebsligen – erbracht, welche bislang die finanziellen Mittel selbst dafür aufbringen müssen. Es kann nicht sein, dass hierfür Spendengelder eingesetzt werden müssen. Angesichts des zunehmenden Mangels an Hausärzten ist es sinnvoll, auch nicht-ärztliche Leistungserbringer vermehrt für Koordinations- und Beratungsaufgaben einsetzen zu können. Dies ist in den Ausführungsbestimmungen entsprechend zu berücksichtigen. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf ‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht’ zu ändern. Im erläuternden Bericht bleibt in der Beschreibung der medizinischen Rehabilitation die onkologische Rehabilitation leider unerwähnt. Im Bereich der Onkologie werden zahlreiche ambulante sowie stationäre Rehabilitationsangebote unter medizinischer Leitung durchgeführt. Onkologische	

				Rehabilitationsprogramme verbessern die Lebensqualität von Krebsbetroffenen und erleichtern ihre Wiedereingliederung in den Alltag und ins Berufsleben. Dies wird in Zukunft angesichts der zunehmenden Zahl von «Krebsüberlebenden» (halbe Million Cancer Survivors im Jahr 2030) auch angesichts einer zahlenmässig geringeren erwerbstätigen Population zusehends wichtiger. An dieser Stelle ebenfalls zu erwähnen ist die Kosten-Nutzen-Analyse von Früherkennungsprogrammen: Um zu beurteilen, ob eine Früherkennungsleistung sinnvollerweise im Rahmen eines Früherkennungsprogramms zur Verfügung gestellt werden soll, müssen Nutzen- und Schadenspotential differenziert abgewogen und die ökonomischen Effekte abgeschätzt werden. Im Rahmen der Nationalen Strategie gegen Krebs wurde das Expertengremium Krebsfrüherkennung «Cancer Screening Committee» geschaffen, welches wissenschaftlich fundierte, ausgewogene und von Partikularinteressen unabhängige Empfehlungen zu Krebs-Früherkennungsprogrammen formuliert. Leider fehlt gemäss Aussagen des BAG bis heute eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung eines solchen nationalen, unabhängigen Gremiums. Gerade in Bezug auf Kostendämpfung – und angesichts des KVG-Grundsatzes, wonach OKP-Leistungen den WZW-Kriterien zu entsprechen haben, – ist nicht nachvollziehbar, dass im vorliegenden Kostendämpfungspaket Früherkennungsprogramme zwar gefördert und erweitert werden sollen, für eine fundierte evidenzbasierte und ökonomische Ausarbeitung entsprechender Empfehlungen aber keine rechtliche Grundlage geschaffen wird. Es muss im Interesse von Bund und insbesondere den für die Vorsorge und Früherkennung zuständigen Kantonen sein, dass eine unabhängige systematische Bewertung mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durchgeführt und entsprechend Empfehlungen formuliert werden, gerade um eben	

				«nur wirkungsvolle Früherkennungsprogramme» zuzulassen und schlussendlich auch mitzufinanzieren.	
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen **Netzwerke zur koordinierten Versorgung** als eigene Leistungserbringerkategorie im Sinne der Förderung der koordinierten Versorgung in der Schweiz. Denn Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind zentral für die künftige Gesundheitsversorgung und Anreize für deren Schaffung umso wichtiger, dass in der Praxis Optimierungsbedarf besteht.	
	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Eine koordinierte, gut abgestimmte Versorgung ist insbesondere bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten wichtig, da verschiedene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und Institutionen involviert sind – und entspricht grundsätzlich einer optimalen Krebsversorgung. Zur qualitativ hochstehenden koordinierten Versorgung überall in der Schweiz gehört zudem einfach zugängliche Beratung und Unterstützung. Solche erbringen Fachorganisationen wie beispielsweise die regionalen und kantonalen Krebsligen für Krebspatientinnen und Krebspatienten. Entsprechend sollte in der Verordnung KVV eine entsprechende Anpassung Spielraum zulassen, dass auch nicht medizinische Leistungserbringer ihren wesentlichen Teil einer qualitativ hochstehenden und v.a. koordinierten Versorgung erbringen dürfen – bei der Netzwerkbildung sollen grundsätzlich auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. So erachten wir beispielsweise Dienstleistungen im Bereich der psychosozialen Unterstützung und Beratung für Betroffene	

				chronischer Krankheiten als eine wesentliche Versorgungssäule. Diese sollen durch nicht-ärztliches Personal in diesen Netzwerken angegliedert werden können (Gesundheitscoachs, Familienbegleitung, psychosoziale Beratung, palliative Versorgung (nicht nur medizinisch), Anbindung Sozialarbeit etc.). Gerade für chronische Krankheiten wie Krebs, die das ganze System und alle Lebensbereiche betreffen, reichen rein medizinische – also im KVG geregelte Dienstleistungen – nicht aus für eine umfassende Betreuung.	
	Art. 40a			Wenngleich die Grundidee der **Erstberatungsstelle** sinnvoll sein kann, geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Der Zugang zu Spezialisten (Diagnose und Behandlung) darf nicht verzögert werden. Gerade bei nicht übertragbaren Krankheiten wie Krebs können eine verzögerte Diagnosestellung oder spätere Behandlung massiven Einfluss auf die Heilungschancen und Lebensqualität haben – und bedeuten gleichzeitig aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. Dies gilt auch für die Nachsorge bei Krebspatientinnen und Krebspatienten (im Nachgang zur Primärversorgung). - Neben dem Ziel der Kosteneinsparung durch ein Gatekeepermodell muss auch das Ziel verfolgt werden, die Patientinnen und Patienten vor Überdiagnostik und Übertherapie zu schützen (gemäss dem ethischen Prinzip beneficiency/no maleficiency). Die «Gatekeeper» benötigen dafür das entsprechende Wissen und Bewusstsein, auch im Sinne der gerechten Verteilung von limitierten Ressourcen. Das muss künftig Lehr- und Lerninhalt in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sein.	

				- Voraussetzung, um auch wirklich einen entsprechenden Effekt der koordinierten Versorgung zu haben, muss die Beseitigung von monetären Fehlanreizen zwischen ambulanten und stationären Leistungsvergütungen sein. Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, die interprofessionell und -disziplinär vernetzt sind und deren koordinative Aufgaben vergütet werden.	
				Patientinnen und Patienten müssen gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung führt dazu, dass für manche Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Die Gefahr einer «Risikoselektion» erscheint verhältnismässig gross zu sein, um die Kosten der Erstberatungsstelle «optimieren» zu können. Das Ziel, dass die Erstberatungsstelle Patientinnen und Patienten berät und entscheidet, ob, wann und welche weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung gerade nicht erreicht.	
	Art. 41			Wir begrüssen die gesetzliche Präzisierung bezüglich der Festlegung der **Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen** ausdrücklich, weil sie einer Ungleichbehandlung von Versicherten im Falle einer frei gewählten Spitalbehandlung entgegenwirkt bzw. die vom Gesetzgeber mit Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 geforderten freien Spitalwahl für alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz nach gleichen Bedingungen zulässt.	

				Dies ist umso wichtiger angesichts des Trends zu kantonsübergreifenden Versorgungsregionen.	
	Art. 52b			Grundsätzlich begrüssen wir die Schaffung der rechtlichen Grundlagen für Preismodelle und Rückerstattung auf Gesetzesstufe zur Stärkung der Rechtssicherheit. Die Gewährleistung der Medikamentenversorgung sowie die Sicherstellung des Zugangs zur bestmöglichen Behandlung für alle Patientinnen und Patienten ist zentral. Es ist nachvollziehbar, dass Preismodelle erforderlich sind, weil sich die entsprechende Praxis international bei der Vergütung von Medikamenten durchgesetzt hat – die Schweiz ist hier einer von zahlreichen Akteuren im internationalen Kontext. Dass die, für den Auslandpreisvergleich berücksichtigten Preise, (v.a. bei hochpreisigen Medikamenten) in den Vergleichsländern nicht den effektiv vergüteten Preisen entsprechen, erachten wir mittelfristig allerdings nicht als zielführend. Zudem wird der Nutzen bei der Preisfestsetzung nicht berücksichtigt – die kürzlich publizierte Studie von Kerstin N. Vokinger et al. «Clinical Benefit and Prices of Cancer Drugs in the US and Europe» zeigt deutlich auf, dass es in der Schweiz (sowie USA, Deutschland, England, Frankreich) keine Korrelation zwischen dem Nutzen und Preisen von Onkologika gibt. Preismodelle ermöglichen beispielsweise in der Onkologie, dass Betroffene trotz hoher Preise Zugang zu innovativen Therapien erhalten. Entsprechend sind Modelle wie Pay-for-performance begrüssenswert. Dennoch ist Vorsicht geboten, beispielsweise sind die Kriterien für die Beurteilung des Behandlungserfolges unklar. Der Outcome bzw. der tatsächliche Nutzen lassen sich nicht unmittelbar nach der Therapie, sondern erst längerfristig beurteilen. Entsprechend bräuchte es eine einheitliche Nutzenbewertung, auch des volkswirtschaftlichen Nutzens	

				(HTA). Um diese zu entwickeln, müssen alle Akteure einbezogen werden. Bei Krebsbetroffenen zeigt sich der Nutzen oft im umfassenderen Sinn, beispielsweise weniger in der Lebensverlängerung, als mehr in der Lebensqualität. Dazu könnten evtl. national vorhandene und nachhaltig betriebene standardisierte Datenerhebungen (Register) genutzt bzw. über ihren Grundzweck hinaus erweitert werden. Die neu geschaffenen Register nach dem Krebsregistrierungsgesetz bieten sich hierfür an.	
	Art. 52c			Die Schaffung der Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz für die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen lehnen wir ausdrücklich ab. Dies widerspricht dem Öffentlichkeitsprinzip und dient dem Patientenwohl nicht. International gibt es insbesondere dank der Weltgesundheits-organisation (WHO) vermehrte Bestrebungen für mehr Transparenz. Ende Mai 2019 hat sie eine Resolution verabschiedet, in der die Länder aufgefordert werden, geeignete Massnahmen zu ergreifen, um die Nettopreise öffentlich zugänglich zu machen (World Health Assembly 72.8. Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products). Die Schweiz hat die Resolution unterzeichnet. Deshalb ist die vorgeschlagene Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten und damit der Schaffung von mehr Intransparenz nicht nachvollziehbar: Der versprochene Effekt darf bezweifelt werden, längerfristig wird nur die Pharmaindustrie von der Intransparenz profitieren, der Zugang zu Medikamenten wird für Patientinnen und Patienten damit eher gefährdet als gewährleistet sein. Hier wäre eine evidenzbasierte Preisfestsetzung wirkungsvoller (siehe auch Bemerkungen zu Art. 23).	

				Wir teilen die zugrundeliegenden Anliegen des rascheren Zugangs für Patientinnen und Patienten sowie höherer Rabatte und damit tieferer Medikamentenpreise. Eine nationale und internationale Preispolitik kann jedoch nur mit der notwendigen Transparenz zu fairem und raschem Zugang zu Medikamenten für alle Patientinnen und Patienten führen und eine Diskriminierung verhindern. Eine stärkere Kooperation unter den Staaten sowie die Schaffung von Transparenz ist für eine echt wirksame Preispolitik mittel- und langfristig unabdingbar.	
	Art. 54			**Zielvorgaben** können eine Möglichkeit sein, das unkontrollierte Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu steuern, effektiv wird sie unseres Erachtens nur mit der vorgeschlagenen verbindlicheren Variante. Begrüssen würden wir allerdings, wenn Kostensteuerungsmassnahmen der Tarifpartner diese Massnahmen erübrigen würden. Allenfalls liesse sich gerade in diesem Kontext ein wirkungsvoller Anreiz bei den Partnern festlegen. Zentral ist, dass eine Zielvorgabe nicht zu Rationierung oder Qualitätsverlust in der Gesundheitsversorgung führt. Die Versorgungs- und Patientensicherheit sowie der Zugang für alle und insbesondere chronisch kranke Patientinnen und Patienten muss stets und zu jeder Zeit gewährleistet sein. Ansonsten wäre ein umgekehrter Kosteneffekt die Folge. Entsprechend sollten die Ziele der Kostendämpfung mit Qualitätszielen eng verknüpft sein. Leider fehlt eine Regulierungsfolgeabschätzung, was die Einschätzung des volkswirtschaftlichen Kostensparpotential (administrativer Aufwand vs. Sparpotential) sowie den Bezug auf Zugang und Qualität verunmöglicht. Die Zielvorgaben können Anreiz für Kantone sein, beispielsweise in Bezug auf die Spitalplanung noch stärker untereinander zu koordinieren. Da die Umsetzungsgestaltung und	

				Vollzugsverantwortung bei den Kantonen liegt, wird es erfahrungsgemäss zu erheblichen Unterschieden in der Ausgestaltung kommen, was wiederum die Versorgungssituation in den einzelnen Kantonen wenig harmonisieren dürfte. Zu verhindern sind 26 verschiedene Vorgehensweisen und die daraus resultierende Ungleichbehandlung von Versicherten resp. Patientinnen und Patienten verbunden mit einem zusätzlich nicht vertretbaren administrativen Aufwand.	
	Art. 54	Abs. 3		Wir begrüssen, dass bei der Festlegung eines allfälligen Kostenziels auch die Faktoren Demografie und Morbidität der Wohnbevölkerung sowie der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden.	
	Art. 54d			Wir begrüssen, dass bei Korrekturmassenahmen aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien berücksichtigt werden.	
	Art. 14 IVG			Die Annäherung des IVG an das KVG ist grundsätzlich zu begrüssen, da dadurch im Bereich der Sozialversicherungen betreffend Arzneimittel zwischen KVG und IVG die gleichen WZW-Kriterien angewendet werden. Jedoch muss der Tatsache der Invalidität als besondere Lebenssituation im Unterschied zur Krankheit Rechnung getragen werden. Zudem zählen wir darauf, dass die Versprechen aus der IV-Revision eingehalten werden, insbesondere betreffend die besonderen Umstände bei Kindern mit Krebs oder sonstigen seltenen Krankheiten, die häufig zur wirksamen Behandlung Off-Label-Arzneimittel benötigen. Der Bundesrat hat somit im Rahmen seiner Verordnungskompetenz sicherzustellen, dass die Versorgung mit wirksamen Arzneimitteln zu verhältnismässigen Preisen von Kindern mit Geburtsgebrechen weiterhin und im bisherigen Umfang garantiert werden kann und eine	

				Unterversorgung durch die neue Positivliste vermieden wird. Konkret bedeutet dies auch, dass die Regeln für die Abgabe von Arzneimitteln im Einzelfall bei Kindern mit Geburtsgebrechen weniger streng gehandhabt werden als im Rahmen der Regelung des KVG.	
	Art. 47b IVG			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin freiwillig entscheiden können, ob sie die Rechnung in elektronischer Form erhalten möchten. Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien «Gesundheit 2020» sowie «Gesundheit 2030» erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Dazu muss deren Gesundheitskompetenz gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

krebsliga
ligue contre le cancer
lega contro il cancro

Eidgenössisches Departement
des Innern (EDI)
CH-3003 Bern

Per E-Mail an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 19. November 2020

Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns sich für die Möglichkeit, zu der Änderung des KVG und den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung des Pakets 2 Stellung zu nehmen. Die 18 kantonalen und regionalen Krebsligen sowie die Krebsliga Schweiz unterstützen schweizweit Krebsbetroffene und ihre Angehörigen und engagieren sich in der krebsrelevanten Gesundheitsförderung, in der Prävention und Früherkennung von Krebs sowie in der nicht-kommerziellen Forschungsförderung. Eine koordinierte und qualitativ hochstehende Versorgung von Betroffenen über alle Phasen einer Krebserkrankung, bzw. deren Behandlung und Nachsorge ist uns ein zentrales Anliegen. Damit können gleichzeitig unnötige Kosten aufgrund von Komplikationen, Fehlbehandlungen sowie langen Arbeitsplatzabsenzen vermieden werden.

Die Krebsliga begrüsst grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und so den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Eine qualitativ hochstehende und langfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten hängt von einem stabil finanzierten Gesundheitswesen ab. Massnahmen zur Kostendämpfung dürfen aber die Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht gefährden und die Chancen- und Zugangsgerechtigkeit muss gewahrt bleiben. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend auch die Stärkung der Qualität entscheidend.
Wirkungsvolle Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention führen mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Dämpfung des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass weder im ersten noch im vorliegenden zweiten Kostendämpfungspaket entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden.

Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach, CH-3001 Bern
Telefon +41 (0)31 389 91 00, Fax +41 (0)31 389 91 60, info@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch

krebsliga
ligue contre le cancer
lega contro il cancro

Besonders begrüssen wir die Förderung der koordinierten Versorgung – sowohl in Netzwerken zur koordinierten Versorgung, als auch in Programmen zur koordinierten Patientenversorgung. Sie ist insbesondere bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten wichtig, da bei deren Betreuung verschiedene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und Institutionen involviert sind.
Zentral ist ebenso die Förderung von organisierten Programmen zur medizinischen Prävention sowie Rehabilitation mit interprofessioneller Beteiligung sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Behandlungsprozess hinweg. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, welche die entsprechenden Qualitätskriterien erfüllen, ihre Leistungen im Rahmen des organisierten Programms anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Ebenso müssen auch weitergehende Aufgaben wie beispielsweise in der Koordination und Beratung von nicht-ärztlichen Leistungserbringer erbracht und entsprechend vergütet werden können.
An dieser Stelle ebenfalls zu erwähnen ist die Kosten-Nutzen-Analyse von Früherkennungsprogrammen: Es muss im Interesse von Bund und insbesondere den für die Vorsorge und Früherkennung zuständigen Kantonen sein, dass eine unabhängige systematische Bewertung mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durchgeführt und entsprechend Empfehlungen formuliert werden – gerade um eben «nur wirkungsvolle Früherkennungsprogramme» zuzulassen und schlussendlich auch mitzufinanzieren.

Unsere detaillierte Stellungahme können Sie dem beigelegten Formular entnehmen. Wir danken Ihnen im Voraus für die Berücksichtigung unserer Rückmeldungen.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Freundliche Grüsse
Krebsliga Schweiz

PD Dr. med. Gilbert Zulian
Präsident

Daniela de la Cruz
CEO

Beilagen: Stellungnahme der Krebsliga

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Ligues de santé du canton de Fribourg

Abréviation de la société / de l'organisation : LdS

Adresse : Route St. Nicolas-De-Flüe 2, 1700 Fribourg

Personne de référence : Corinne Uginet

Téléphone : 026 425 54 19

Courriel : corinne.uginet@liguessante-fr.ch

Date : 11 novembre 2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif 3

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications 4

Autres propositions 7

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes 8

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
LdS	Les Ligues de Santé (LdS) saluent la proposition de révision partielle de l'AOS en tant que contre-projet indirect de l'initiative populaire « pour un frein aux coûts ». Nous n'avons pas de commentaire général à émettre sur les mesures élaborées visant à freiner la hausse des coûts, mais estimons néanmoins devoir être considérées comme partenaire de négociation dans la fixation d'objectifs de maîtrise des coûts au niveau cantonal

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
LdS	54	3	b	Les objectifs fixés pourront avoir des conséquences importantes sur l'activité des LdS et sur le mandat qui leur a été confié par le Canton de Fribourg. Par conséquent, les LdS auxquelles appartiennent l'équipe mobile de soin palliatif Voltigo, la Ligue pulmonaire fribourgeoise et DiabèteFribourg, doivent être consultées dans la fixation des objectifs en matière de coûts et des catégories de coûts.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Lungenliga Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : LLS

Adresse : Chutzenstrasse 10

Kontaktperson : Jörg Spieldenner

Telefon : 031 378 20 66

E-Mail : j.spieldenner@lung.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 14

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
LLS	Die Lungenliga Schweiz bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
LLS	Die Lungenliga Schweiz ist die Dachorganisation, welcher 19 kantonale Lungenligen angeschlossen sind. Die Lungenliga ist sowohl in der Gesundheitsversorgung von chronischen Lungenerkrankungen als auch in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig. In beiden Geschäftsfeldern sehen wir Kostendämpfungspotential.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

	wahrgenommen.[2][3][4] Durch Massnahmen in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention lässt sich die Entstehung von chronischen Erkrankungen verhindern, verzögern bzw. abschwächen. Während dem in der Primärprävention vor allem schulische Interventionen greifen, zielen Massnahmen in der Sekundärprävention auf Menschen, die in ungünstigen Verhältnissen leben oder die ein risikoreiches Verhalten aufweisen. Bei bestimmten chronischen Lungenerkrankungen (z.B. COPD, Asthma, Cystische Fibrose) spielt z.B. das (Passiv-)Rauchen eine zentrale Rolle. Deren Behandlungskosten könnten durch kostengünstige Präventionsmassnahmen (z.B. Rauchstoppberatung) erheblich reduziert werden. In der Tertiärprävention zeigen Selbstmanagement-Programme wie z.B. „Besser Leben mit COPD“ eine kostensenkende Wirkung (Reduktion von Hospitalisationen und ambulanten ärztlichen Konsultationen, Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit sowie Steigerung der Lebensqualität).
LLS	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist jedoch, dass keine Versorgungslücken entstehen, die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. Als konkretes Beispiel seien hier die Tarifsenkungen in der mechanischen Heimventilation angeführt, die zwar kurzfristig Kosteneinsparungen bringen, jedoch Versorgungslücken entstehen lassen, die langfristig betrachtet zu beträchtlichen Mehrkosten führen. Die Diskussion zur Kostendämpfung muss daher zwingend mit der Gewährleistung der Versorgungsqualität einhergehen. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, mittelfristig jedoch eine nachhaltige Dämpfung der Gesundheitskosten zur Folge hat. Gesundheitsförderung und Prävention ist dafür ein gutes Beispiel. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenzen der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gefördert werden. Zur Erbringung solcher Leistungen stehen bei Patientenorganisationen wie der Lungenliga sehr gut qualifiziertes, nichtärztliches Fachpersonal bereit. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[5] Die Kompetenzen und Leistungsangebote der Gesundheitsfachpersonen bei den Gesundheitsligen können einen wichtigen Beitrag leisten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz, insbesondere im Bereich der koordinierten Versorgung und bei multimorbiden Patientinnen und Patienten. Ein erfolgversprechender Ansatz liegt in der ärztlich delegierten Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit

[2] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[3] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[4] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[5] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

	einer diagnostizierten chronischen Krankheit durch qualifizierte Fachpersonen der entsprechenden Gesundheitsligen. Im Sinne der Nachsorge nach dem Verlassen der Arztpraxis lässt sich auf diesem Weg mit klar definierten Leistungspaketen die Kompetenz der Betroffenen im eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit stärken, womit ebenfalls ein Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung in der Gesundheitsversorgung geleistet wird. In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[6] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[7] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann. Wie im Referenzrahmen zu Selbstmanagement Angeboten beschrieben, ist die grösste finanzielle Hürde der Übergang von einem Projektstatus zum Regelbetrieb. Diese Transition ist momentan unklar und die Prozesse über vereinfacht und klar aufgezeigt werden. Das Selbstmanagement Coaching Programm «Besser leben mit COPD» ist ein gutes Beispiel für diese Problematik. Das Programm zeigt international und national eine starke wissenschaftliche Evidenz (Reduktion von Hospitalisationen, Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit und Erhöhung der Lebensqualität), wurde im «Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung» sowie im Studienbericht «Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagement-Förderung» im Detail beschrieben und wird unterstützt vom Fonds «Prävention in der Gesundheitsversorgung» der Gesundheitsförderung Schweiz. Nach der Projektteilfinanzierung durch Gesundheitsförderung Schweiz ist es momentan noch unklar, wie die Lungenliga das Projekt im Regelbetrieb finanzieren kann.
	Wir begrüssen, dass bei der Festlegung eines allfälligen Kostenziels auch die Faktoren Demografie und Morbidität der Wohnbevölkerung sowie der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden.

[6] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[7] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
LLS	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes nicht-ärztliches, medizinisches Fachpersonal weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf **‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht’** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Wir legen hier besonderen Wert auf koordinierte Rauchstoppinterventionen, da Raucherinnen und Raucher eine in erhöhtem Masse gefährdete Gruppe sind. Die Behandlungskosten sowie die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der schädlichen Folgen von Tabakkonsums sind enorm.[8] Hier könnten mit wenigen wirksamen Massnahmen die Kosten deutlich gesenkt werden.Des Weiteren setzen wir uns stark für die Selbstmanagement-Förderung chronisch kranker Menschen ein. Das Programm «Besser leben mit COPD» wird in 12 Kantonen an 26 Standorten angeboten. Eine Schweizer Studie konnte aufzeigen, dass dieses Programm die Lebensqualität von COPD-Betroffenen steigert und die Exazerbationen sowie die Gesundheitsausgaben reduziert (9). Auch Schulen sollten in Präventionsprogramme eingebunden werden.	
LLS	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden

[8] Studie der ZHAW (2019): Die Krankheitslast des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzung für 2015 und Prognose bis 2050
[9] Claudia Steurer-Stey et al. (2018) : Effects of the « Living well with COPD" intervention in primary care: a comparative study

LLS	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	
LLS	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
LLS	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer im ambulanten Bereich, wie	

				z.B. die Lungenliga geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[9] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt und müssen nicht in jedem Fall eine ärztliche Ausbildung haben. - Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - 70 Prozent der Versicherten haben ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Die Möglichkeit, ein anderes Versicherungsmodell zu wählen, und damit die freie Arztwahl, muss erhalten bleiben.	
LLS	Art. 47b			Die Krankenkassen müssen ihren Administrationsaufwand verringern. Hierzu sollen verbindliche Zielvorgaben festgelegt werden mit einer jährlichen Reduktion von Verwaltungsaufwand pro Patient. Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Letztere darf aber nicht bei der blossen Rechnungsstellung aufhören, sondern muss sich auch auf ärztliche Verordnungen beziehen. Hierzu werden in einem privatisierten Gesundheitswesen politisch durchgesetzte, Schweiz-weite Standards benötigt. Die Rechnungskopie hat zum Ziel, das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zu steigern. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den	

[9] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnungen zu verstehen. Diese sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an, die dafür auch dementsprechend entschädigt werden müssen	
LLS	Art. 54			Zielvorgaben dürfen nicht dazu führen, dass Leistungen in der Gesundheitsversorgung an Qualität einbüssen oder gar rationiert werden. Die Versorgungs- und Patientensicherheit sowie der Zugang für alle und insbesondere chronisch kranke Patientinnen und Patienten muss gewährleistet sein. Ansonsten wäre ein umgekehrter Kosteneffekt die Folge. Die Umsetzung wirksamer Präventionsmassnahmen kann ebenfalls helfen, die Kosten zu dämpfen, weil dadurch die Entstehung von chronischen Erkrankungen entweder ganz vermieden oder zeitlich verzögert werden können.	
LLS	Art. 54d			Es besteht die Gefahr, dass aufgrund von Kostensteuerungs- oder Korrekturmassnahmen «sekundär» scheinende Leistungen z.B. in der Prävention, von beratenden und unterstützenden Leistungen oder zugunsten reiner Akutmedizin als erstes gestrichen würden. Dies würde nicht zur gewünschten Kostendämpfung beitragen.	

LLS	Art. 54	Abs. 3		Wir begrüssen, dass bei der Festlegung eines allfälligen Kostenziels auch die Faktoren Demografie und Morbidität der Wohnbevölkerung sowie der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
		Die Lungenliga ist spezialisiert auf umfassendes Chronic Care Management und Dienstleistungen in der Prävention. Sie ist zudem in der Weiterbildung von nichtärztlichem, medizinischem und nichtmedizinischem Fachpersonal tätig..	

Postfach, 8036 Zürich
info@gutes-alter.org
www.gutes-alter.org

Kontakt:
Beat Ringger
bringger@bluewin.ch
079 339 87 76

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Vernehmlassungsverfahren
Stellungnahme Netzwerk Gutes Alter NGA

Schaffung einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS

1. Vorschläge des Bundesrates

Mit Datum vom 19.8.2020 schlägt der Bundesrat unter dem Titel „Massnahmen zur Kostendämpfung Teil 2“ eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vor, die unter anderem eine „Erstberatungsstelle“ sowie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ enthält. Das Netzwerk Gutes Alter nimmt im Folgenden Stellung zu diesen Vorschlägen. Nach seiner Auffassung macht der Bundesrat damit zwar einen Schritt nach vorne – aber leider gleichzeitig auch zwei Schritte zurück. Es schlägt allen interessierten Verbänden, Organisationen, Institutionen und Parteien deshalb vor, als Alternative zu den bundesrätlichen Vorschlägen gemeinsam für das Modell einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS einzutreten.

Gemäss Bundesrat sollen die Versicherten verpflichtet werden, sich bei einem gesundheitlichen Problem jeweils zuerst von einer Erstberatungsstelle beraten zu lassen. Diese Stelle soll als Gatekeeper für die Inanspruchnahme weiterer Leistungen fungieren, d.h. abschliessend darüber entscheiden, ob die Versicherten weitere Leistungen beanspruchen können. Zu solchen weiteren Leistungen zählen etwa Untersuchungen bei Spezialärzt*innen oder operative Wahleingriffe in Spitälern. Unter dem Namen „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ sieht der Bundesrat zudem eine weitere neue Kategorie von Leistungserbringern vor. Dabei handelt es sich um medizinische Erstversorger, die die Aufgaben der Koordination der Versorgung übernehmen und insbesondere für die Führung des elektronischen Patient*innendossiers zuständig sind. Diese Netzwerke können auch die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen. Erstberatungsstellen hingegen müssen nicht gleichzeitig auch Koordinationsaufgaben übernehmen. Der Bundesrat schlägt ferner vor, die Leistungen der Erstberatung und der Koordination pauschal abzugelten.

Im Sinne einer koordinierten Versorgung macht der Bundesrat mit seinen Vorschlägen damit einen Schritt vorwärts, gleichzeitig aber leider auch zwei Schritte zurück.

2. Die Beratung, Koordination und Dossierführung gehören zusammen

Es ist zu begrüssen, dass der Bundesrat die Bedeutung anerkennt, die den Aufgaben der Koordination der Leistungen, der Dossierführung und der entsprechenden Beratung zukommt, und diese entsprechend stärken will. Zu begrüssen ist auch, dass er mit diesen Aufgaben eine klar definierte Instanz innerhalb der Gesundheitsversorgung betrauen will. Hingegen ist nicht nachvollziehbar, warum der Bundesrat dafür zwei getrennte Kategorien schaffen will, statt diese Aufgaben in einer Stelle zusammenzuhalten. Beratung, Koordination und Dossierführung sind Aufgaben, die ineinandergreifen und sich gegenseitig auch bedingen. So sind gute Dossierkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für eine kompetente Beratung. Die Ergebnisse einer Beratung wiederum bilden die Grundlage für die Wahl der Versorgungsketten, und aus ihr ergeben sich wichtige Kriterien für die Koordination.

Der Bundesrat sieht überdies vor, die Erstberatung für obligatorisch zu erklären, Koordination und Dossierführung hingegen nicht. Auch dies ist nicht nachvollziehbar, müsste doch sichergestellt werden, dass gerade auch die Aufgaben der Dossierführung und der Koordination für alle Versicherten gewährleistet wird. Damit könnte unter anderem auch eine einheitliche Instanz geschaffen werden, die sicherstellen kann, dass die elektronischen Patient*innendossiers laufend aktualisiert und kompetent geführt sind, und dass die Versicherten dabei optimal einbezogen werden (z.B. auch in Hinblick auf die Aspekte des Datenschutzes).

Das Splitten in Beratung und Koordination/Dossierführung ist ein unverständlicher Schritt zurück, der das Anliegen einer integrierten und optimierten Versorgung unterläuft.

3. Gatekeeping: Ein weiterer Schritt zurück

Der zweite Schritt zurück besteht darin, dass der Bundesrat die Erstberatungsstelle mit der Aufgabe des Gatekeeping belasten will, ja im Grunde daraus die eigentliche Kernaufgabe dieser Stelle macht. Die Stelle soll demnach abschliessend entscheiden, ob und welche weiteren Leistungen die versicherte Person beanspruchen kann. Sie erhält damit die Rolle des Türstehers (Gatekeepers) beim Zugang zu diesen Leistungen. Der Bundesrat positioniert die Stelle damit in erster Linie als eine Massnahme zur Kosteneinsparung. Aus Sicht der Patient*innen wird sie dadurch von vorneherein in ein ungünstiges Licht gerückt. weil die Versicherten nicht mehr sicher sein können, dass das Handeln der Erstberatungsstelle sich an ihrer optimalen Versorgung orientiert. Erstberatungsstellen können unter Druck geraten, möglichst wenig Überweisungen vorzunehmen; so liegt der Verdacht nahe, dass die Krankenkassen entsprechenden Druck auf Erstberatungsstellen ausüben könnten. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Versicherten und ihrer Erstberatungsstelle würde dadurch untergraben. Das Misstrauen wird dann zusätzlich verstärkt, wenn die Erstberatungsstelle durch Globalbudgets gesteuert ist und damit ein zusätzliches ökonomisches Interesse daran hat, möglichst wenig Überweisungen an weitere Leistungserbringer zuzulassen. Eine besondere Gefahr droht den Patient*innen mit schweren, langwierigen oder chronischen Erkrankungen: Für die Erstbehandlungsstellen würden sie zum Risiko, weil sie zu viele Überweisungen ‚beanspruchen'.

Aus diesen Gründen wehren wir uns entschieden gegen die Einführung des Gatekeeping und gegen die Verquickung von Beratung und Gatekeeping.

4. Freie Arztwahl

Durch das Gatekeeping wird die freie Ärzt*innenwahl erheblich eingeschränkt. Diese freie Wahl wird von den Versicherten zu Recht als Garantie dafür gewertet, dass sie Zugang zu allen erforderlichen Leistungen in bestmöglicher Qualität erhalten. Auch wenn heute 70% der Versicherten freiwillige Einschränkungen dieser Wahlfreiheit in Kauf nehmen, so handelt es sich dabei überwiegend um jüngere, gesunde Versicherte. Sie wissen, dass sie Jahr für Jahr das Recht haben, auf die uneingeschränkte Grundversicherung zu wechseln, mit der die freie Arztwahl gesichert ist.

Zwar sieht der Bundesrat eine freie Wahl der Erstberatungsstelle durch die Versicherten vor. Ebenfalls will er den Versicherten bei einer Überweisung die freie Wahl des jeweiligen Leistungserbringers gewähren. Das kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der freie Zugang zu all jenen Leistungserbringern abgeschafft wird, die nicht eine Erstberatungsstelle sind.

5. Das Modell einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS

Als Alternative zur den getrennt vorgesehenen Erstberatungs- und Koordinationsstellen schlagen wir die Einführung einer einheitlichen Stelle vor. Damit soll sichergestellt werden, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Erstversorgung hat. Weiter sollen dank dieser Stellebessere Voraussetzungen geschaffen werden, damit für jede Person optimale Behandlungspfade gefunden werden. Die Behandlungen in Spitälern, durch Spezialärzt*innen, in Therapien, Kliniken, Heimen oder Spitexen sollen dabei koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Und drittens soll sichergestellt werden, dass die elektronischen Patient*innendossiers vollständig und fachkundig geführt sind, wobei die Patient*innen die letzte Kontrolle über ihre Dossiers haben.

Um diese Ziele zu erreichen, nominiert jede versicherte Person eine solche Beratungs- und Koordinationsstelle BKS (z.B. eine Hausarztpraxis) nach freier Wahl. Ein Wechsel der Stelle muss jederzeit möglich sein. Die Versicherten haben bei Bedarf Anrecht auf eine zweite, von der Stelle unabhängige ärztliche Meinung.

Die BKS sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination aller Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie ist den Interessen der Versicherten verpflichtet. BKS sind Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ambulatorien und weitere Netzwerke, die eine kompetente diagnostische, therapeutische und pflegerische Erst- und Grundversorgung sowie die Kontinuität in der Begleitung der Versicherten sicherstellen. Die BKS stärken dabei auch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Berufsgruppen wie die Advanced Practice Nurses können im Rahmen solcher Netzwerke wichtige Aufgaben übernehmen. Weiter bestehen Möglichkeiten, Institutionen wie die Spitex oder Pflegeheime, aber auch Apotheken in solche Netzwerke einzubinden.

Die BKS stellt die Zuweisung zu einer spezialärztlichen Versorgung sowie zu den weiteren anerkannten Leistungserbringern sicher, ohne dabei jedoch Entscheidungsrechte im Sinne des Gatekeeping zu haben. Patient*innen wählen die weiteren Leistungserbringer in Absprache mit ihrer BKS aus. BKS werden von den Kantonen akkreditiert. Die Kantone müssen eine flächendeckende Versorgung mit BKS gewährleisten.

Sämtliche Leistungserbringer leiten die erforderlichen Informationen an die BKS weiter. Patient*innen können diese Weiterleitung auf eigene Verantwortung hin untersagen. Der Datenschutz ist gewährleistet.

Das Konzept der BKS soll sämtliche versicherten Personen erfassen. Die Stelle ist besonders für multimorbide und für hochbetagte Personen von grosser Bedeutung – dann also, wenn medizinische Behandlungen keine isolierten Episoden mehr sind (wie dies der Beinbruch einer 20-jährigen Person aller Wahrscheinlichkeit ist), sondern untereinander und mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und mit der sozialen Situation der Patient*in eng verknüpft sind.

6. Finanzierung der Beratungs- und Koordinationsaufgaben

Der Bundesrat schlägt vor, die Leistungen im Rahmen der Ersterfassung pauschal abzugelten, unabhängig davon, ob solche Leistungen überhaupt in Anspruch genommen werden. Wir erachten dies als einen geeigneten Weg, um die Grundkosten abzugelten. Jedoch ist es zwingend erforderlich, aufwändigere Beratungs- und Koordinationsleistungen auch als Einzeltarif-Positionen vorzusehen resp. beizubehalten. Ansonsten entsteht ein ökonomischer Druck, Beratungen und Koordinationsaufgaben mit möglichst geringem Aufwand erledigen zu müssen. Multimorbide und besonders verletzliche Patientinnen und Patienten würden damit zum Kostenrisiko. Für entsprechende Beratungs- und Koordinationsstellen entstünde sogar der Anreiz, sich solcher Patientinnen und Patienten zu entledigen. Solche Fehlanreize dürfen in keiner Weise entstehen.

Angesichts der Tatsache, dass Krankenkassenprämien eine Kopfsteuer sind und dass die Belastung der Prämienzahlenden heute schon sehr hoch ist schlagen wir vor, die erwähnten Pauschalen aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren. Eine Verknüpfung mit Selbstbehalten oder Franchisen soll es dabei nicht geben.

Die allgemeine und obligatorische Einführung der BKS-Stelle stellt sicher, dass alle Versicherten von den Vorteilen der entsprechenden Beratungs- und Koordinationsaufgaben profitieren. Sie stellt

ebenfalls sicher, dass die Akzeptanz des elektronischen Patient*innendossiers erheblich verbessert wird und seine Verbreitung deutlich beschleunigt werden kann. Dies alles wird auch dazu beitragen, dass unnötige Doppelabklärungen und Fehlbehandlungen viel besser als heute vermieden werden können. Das stärkt die Qualität der Versorgung und hilft gleichzeitig, unnötige Kosten zu sparen.

7. Das Verhältnis von BKS zu Hausarzt- bzw. HMO-Modellen; Offenlegung aller Verträge, Bekämpfung von Über- und Unterversorgung

Bei den heute bestehenden, mit Gatekeeping verbundenen Hausarzt- und HMO-Modellen sind Korrekturen dringend erforderlich. Erstens müssen Vertragsbestimmungen gesetzlich unterbunden werden, die ökonomische Anreizen enthalten und dabei die Anlass dafür sein können, dass den Versicherten wünschenswerte oder sogar unerlässliche Leistungen vorenthalten werden. Zweitens müssen entsprechend Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern für die Öffentlichkeit und für die davon betroffenen Versicherten einsehbar sein, was heute nicht der Fall ist. Nur unter diesen beiden Voraussetzungen dürfen Leistungserbringer in Hausarzt- und HMO-Modellen als BKS in Betracht kommen. Denn es ist von entscheidender Bedeutung, dass Beratungs- und Koordinationsaufgaben nicht mit für die Versicherten ungünstigen ökonomischen Anreizen verknüpft sind. Nur so können die Versicherten darauf vertrauen, dass sie bei ihrer BKS gut aufgehoben sind, und nur so werden die BKS in der Bevölkerung auch die erforderliche Akzeptanz erhalten.

Ebenfalls angegangen werden soll das Problem einer allfälligen Überversorgung. Sowohl für Über- wie Unter- respektive Fehlversorgung sollen in Zusammenarbeit mit den Patient*innenorganisationen entsprechende Prüfverfahren eingerichtet werden. Wird dabei ein Fehlverhalten der Leistungserbringer festgestellt, müssen angemessene Sanktionen ausgesprochen

Postfach, 8036 Zürich
info@gutes-alter.org
www.gutes-alter.org

Kontakt:
Beat Ringger
bringger@bluewin.ch
079 339 87 76

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Vernehmlassungsverfahren
Stellungnahme Netzwerk Gutes Alter NGA

Schaffung einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS

1. Vorschläge des Bundesrates

Mit Datum vom 19.8.2020 schlägt der Bundesrat unter dem Titel „Massnahmen zur Kostendämpfung Teil 2“ eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vor, die unter anderem eine „Erstberatungsstelle“ sowie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ enthält. Das Netzwerk Gutes Alter nimmt im Folgenden Stellung zu diesen Vorschlägen. Nach seiner Auffassung macht der Bundesrat damit zwar einen Schritt nach vorne – aber leider gleichzeitig auch zwei Schritte zurück. Es schlägt allen interessierten Verbänden, Organisationen, Institutionen und Parteien deshalb vor, als Alternative zu den bundesrätlichen Vorschlägen gemeinsam für das Modell einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS einzutreten.

Gemäss Bundesrat sollen die Versicherten verpflichtet werden, sich bei einem gesundheitlichen Problem jeweils zuerst von einer Erstberatungsstelle beraten zu lassen. Diese Stelle soll als Gatekeeper für die Inanspruchnahme weiterer Leistungen fungieren, d.h. abschliessend darüber entscheiden, ob die Versicherten weitere Leistungen beanspruchen können. Zu solchen weiteren Leistungen zählen etwa Untersuchungen bei Spezialärzt*innen oder operative Wahleingriffe in Spitälern. Unter dem Namen „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ sieht der Bundesrat zudem eine weitere neue Kategorie von Leistungserbringern vor. Dabei handelt es sich um medizinische Erstversorger, die die Aufgaben der Koordination der Versorgung übernehmen und insbesondere für die Führung des elektronischen Patient*innendossiers zuständig sind. Diese Netzwerke können auch die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen. Erstberatungsstellen hingegen müssen nicht gleichzeitig auch Koordinationsaufgaben übernehmen. Der Bundesrat schlägt ferner vor, die Leistungen der Erstberatung und der Koordination pauschal abzugelten.

Im Sinne einer koordinierten Versorgung macht der Bundesrat mit seinen Vorschlägen damit einen Schritt vorwärts, gleichzeitig aber leider auch zwei Schritte zurück.

2. Die Beratung, Koordination und Dossierführung gehören zusammen

Es ist zu begrüssen, dass der Bundesrat die Bedeutung anerkennt, die den Aufgaben der Koordination der Leistungen, der Dossierführung und der entsprechenden Beratung zukommt, und diese entsprechend stärken will. Zu begrüssen ist auch, dass er mit diesen Aufgaben eine klar definierte Instanz innerhalb der Gesundheitsversorgung betrauen will. Hingegen ist nicht nachvollziehbar, warum der Bundesrat dafür zwei getrennte Kategorien schaffen will, statt diese Aufgaben in einer Stelle zusammenzuhalten. Beratung, Koordination und Dossierführung sind Aufgaben, die ineinandergreifen und sich gegenseitig auch bedingen. So sind gute Dossierkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für eine kompetente Beratung. Die Ergebnisse einer Beratung wiederum bilden die Grundlage für die Wahl der Versorgungsketten, und aus ihr ergeben sich wichtige Kriterien für die Koordination.

Der Bundesrat sieht überdies vor, die Erstberatung für obligatorisch zu erklären, Koordination und Dossierführung hingegen nicht. Auch dies ist nicht nachvollziehbar, müsste doch sichergestellt werden, dass gerade auch die Aufgaben der Dossierführung und der Koordination für alle Versicherten gewährleistet wird. Damit könnte unter anderem auch eine einheitliche Instanz geschaffen werden, die sicherstellen kann, dass die elektronischen Patient*innendossiers laufend aktualisiert und kompetent geführt sind, und dass die Versicherten dabei optimal einbezogen werden (z.B. auch in Hinblick auf die Aspekte des Datenschutzes).

Das Splitten in Beratung und Koordination/Dossierführung ist ein unverständlicher Schritt zurück, der das Anliegen einer integrierten und optimierten Versorgung unterläuft.

3. Gatekeeping: Ein weiterer Schritt zurück

Der zweite Schritt zurück besteht darin, dass der Bundesrat die Erstberatungsstelle mit der Aufgabe des Gatekeeping belasten will, ja im Grunde daraus die eigentliche Kernaufgabe dieser Stelle macht. Die Stelle soll demnach abschliessend entscheiden, ob und welche weiteren Leistungen die versicherte Person beanspruchen kann. Sie erhält damit die Rolle des Türstehers (Gatekeepers) beim Zugang zu diesen Leistungen. Der Bundesrat positioniert die Stelle damit in erster Linie als eine Massnahme zur Kosteneinsparung. Aus Sicht der Patient*innen wird sie dadurch von vorneherein in ein ungünstiges Licht gerückt. weil die Versicherten nicht mehr sicher sein können, dass das Handeln der Erstberatungsstelle sich an ihrer optimalen Versorgung orientiert. Erstberatungsstellen können unter Druck geraten, möglichst wenig Überweisungen vorzunehmen; so liegt der Verdacht nahe, dass die Krankenkassen entsprechenden Druck auf Erstberatungsstellen ausüben könnten. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Versicherten und ihrer Erstberatungsstelle würde dadurch untergraben. Das Misstrauen wird dann zusätzlich verstärkt, wenn die Erstberatungsstelle durch Globalbudgets gesteuert ist und damit ein zusätzliches ökonomisches Interesse daran hat, möglichst wenig Überweisungen an weitere Leistungserbringer zuzulassen. Eine besondere Gefahr droht den Patient*innen mit schweren, langwierigen oder chronischen Erkrankungen: Für die Erstbehandlungsstellen würden sie zum Risiko, weil sie zu viele Überweisungen ‚beanspruchen'.

Aus diesen Gründen wehren wir uns entschieden gegen die Einführung des Gatekeeping und gegen die Verquickung von Beratung und Gatekeeping.

4. Freie Arztwahl

Durch das Gatekeeping wird die freie Ärzt*innenwahl erheblich eingeschränkt. Diese freie Wahl wird von den Versicherten zu Recht als Garantie dafür gewertet, dass sie Zugang zu allen erforderlichen Leistungen in bestmöglicher Qualität erhalten. Auch wenn heute 70% der Versicherten freiwillige Einschränkungen dieser Wahlfreiheit in Kauf nehmen, so handelt es sich dabei überwiegend um jüngere, gesunde Versicherte. Sie wissen, dass sie Jahr für Jahr das Recht haben, auf die uneingeschränkte Grundversicherung zu wechseln, mit der die freie Arztwahl gesichert ist.

Zwar sieht der Bundesrat eine freie Wahl der Erstberatungsstelle durch die Versicherten vor. Ebenfalls will er den Versicherten bei einer Überweisung die freie Wahl des jeweiligen Leistungserbringers gewähren. Das kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der freie Zugang zu all jenen Leistungserbringern abgeschafft wird, die nicht eine Erstberatungsstelle sind.

5. Das Modell einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS

Als Alternative zur den getrennt vorgesehenen Erstberatungs- und Koordinationsstellen schlagen wir die Einführung einer einheitlichen Stelle vor. Damit soll sichergestellt werden, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Erstversorgung hat. Weiter sollen dank dieser Stelle bessere Voraussetzungen geschaffen werden, damit für jede Person optimale Behandlungspfade gefunden werden. Die Behandlungen in Spitälern, durch Spezialärzt*innen, in Therapien, Kliniken, Heimen oder Spitexen sollen dabei koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Und drittens soll sichergestellt werden, dass die elektronischen Patient*innendossiers vollständig und fachkundig geführt sind, wobei die Patient*innen die letzte Kontrolle über ihre Dossiers haben.

Um diese Ziele zu erreichen, nominiert jede versicherte Person eine solche Beratungs- und Koordinationsstelle BKS (z.B. eine Hausarztpraxis) nach freier Wahl. Ein Wechsel der Stelle muss jederzeit möglich sein. Die Versicherten haben bei Bedarf Anrecht auf eine zweite, von der Stelle unabhängige ärztliche Meinung.

Die BKS sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination aller Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie ist den Interessen der Versicherten verpflichtet. BKS sind Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ambulatorien und weitere Netzwerke, die eine kompetente diagnostische, therapeutische und pflegerische Erst- und Grundversorgung sowie die Kontinuität in der Begleitung der Versicherten sicherstellen. Die BKS stärken dabei auch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Berufsgruppen wie die Advanced Practice Nurses können im Rahmen solcher Netzwerke wichtige Aufgaben übernehmen. Weiter bestehen Möglichkeiten, Institutionen wie die Spitex oder Pflegeheime, aber auch Apotheken in solche Netzwerke einzubinden.

Die BKS stellt die Zuweisung zu einer spezialärztlichen Versorgung sowie zu den weiteren anerkannten Leistungserbringern sicher, ohne dabei jedoch Entscheidungsrechte im Sinne des Gatekeeping zu haben. Patient*innen wählen die weiteren Leistungserbringer in Absprache mit ihrer BKS aus. BKS werden von den Kantonen akkreditiert. Die Kantone müssen eine flächendeckende Versorgung mit BKS gewährleisten.

Sämtliche Leistungserbringer leiten die erforderlichen Informationen an die BKS weiter. Patient*innen können diese Weiterleitung auf eigene Verantwortung hin untersagen. Der Datenschutz ist gewährleistet.

Das Konzept der BKS soll sämtliche versicherten Personen erfassen. Die Stelle ist besonders für multimorbide und für hochbetagte Personen von grosser Bedeutung – dann also, wenn medizinische Behandlungen keine isolierten Episoden mehr sind (wie dies der Beinbruch einer 20-jährigen Person aller Wahrscheinlichkeit nach ist), sondern untereinander und mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und mit der sozialen Situation der Patient*in eng verknüpft sind.

6. Finanzierung der Beratungs- und Koordinationsaufgaben

Der Bundesrat schlägt vor, die Leistungen im Rahmen der Ersterfassung pauschal abzugelten, unabhängig davon, ob solche Leistungen überhaupt in Anspruch genommen werden. Wir erachten dies als einen geeigneten Weg, um die Grundkosten abzugelten. Jedoch ist es zwingend erforderlich, aufwändigere Beratungs- und Koordinationsleistungen auch als Einzeltarif-Positionen vorzusehen resp. beizubehalten. Ansonsten entsteht ein ökonomischer Druck, Beratungen und Koordinationsaufgaben mit möglichst geringem Aufwand erledigen zu müssen. Multimorbide und besonders verletzliche Patientinnen und Patienten würden damit zum Kostenrisiko. Für entsprechende Beratungs- und Koordinationsstellen entstünde sogar der Anreiz, sich solcher Patientinnen und Patienten zu entledigen. Solche Fehlanreize dürfen in keiner Weise entstehen.

Angesichts der Tatsache, dass Krankenkassenprämien eine Kopfsteuer sind und dass die Belastung der Prämienzahlenden heute schon sehr hoch ist, schlagen wir vor, die erwähnten Pauschalen aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren. Eine Verknüpfung mit Selbstbehalten oder Franchisen soll es dabei nicht geben.

Die allgemeine und obligatorische Einführung der BKS-Stelle stellt sicher, dass alle Versicherten von den Vorteilen der entsprechenden Beratungs- und Koordinationsaufgaben profitieren. Sie stellt

ebenfalls sicher, dass die Akzeptanz des elektronischen Patient*innendossiers erheblich verbessert wird und seine Verbreitung deutlich beschleunigt werden kann. Dies alles wird auch dazu beitragen, dass unnötige Doppelabklärungen und Fehlbehandlungen viel besser als heute vermieden werden können. Das stärkt die Qualität der Versorgung und hilft gleichzeitig, unnötige Kosten zu sparen.

7. Das Verhältnis von BKS zu Hausarzt- bzw. HMO-Modellen; Offenlegung aller Verträge, Bekämpfung von Über- und Unterversorgung

Bei den heute bestehenden, mit Gatekeeping verbundenen Hausarzt- und HMO-Modellen sind Korrekturen dringend erforderlich. Erstens müssen Vertragsbestimmungen gesetzlich unterbunden werden, die ökonomische Anreize mit der möglichen Wirkung enthalten, den Versicherten wünschenswerte oder sogar unerlässliche Leistungen vorzuenthalten. Zweitens müssen entsprechende Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern für die Öffentlichkeit und für die davon betroffenen Versicherten einsehbar sein, was heute nicht der Fall ist. Nur unter diesen beiden Voraussetzungen dürfen Leistungserbringer in Hausarzt- und HMO-Modellen als BKS in Betracht kommen. Denn es ist von entscheidender Bedeutung, dass Beratungs- und Koordinationsaufgaben nicht mit für die Versicherten ungünstigen ökonomischen Anreizen verknüpft sind. Nur so können die Versicherten darauf vertrauen, dass sie bei ihrer BKS gut aufgehoben sind, und nur so werden die BKS in der Bevölkerung auch die erforderliche Akzeptanz erhalten.

Ebenfalls angegangen werden soll das Problem einer allfälligen Überversorgung. Sowohl für Über- wie Unter- respektive Fehlversorgung sollen in Zusammenarbeit mit den Patient*innenorganisationen entsprechende Prüfverfahren eingerichtet werden. Wird dabei ein Fehlverhalten der Leistungserbringer festgestellt, müssen angemessene Sanktionen ausgesprochen werden können.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Oncosuisse

Abkürzung der Firma / Organisation : OS

Adresse : Effingerstrasse 40, 3008 Bern

Kontaktperson : Franziska Lenz

Telefon : 031 389 93 17

E-Mail : franziska.lenz@krebsliga.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **5**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Oncosuisse bedankt sich für die Möglichkeit, zu der Änderung des KVG und den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung des Pakets 2 Stellung zu nehmen. Oncosuisse, die Schweizerische Vereinigung gegen Krebs, ist der Zusammenschluss von sieben nationalen Schweizer Organisationen, die sich der Bewältigung von Krebserkrankungen widmen: die Krebsliga Schweiz KLS, die Stiftung Krebsforschung Schweiz KFS, die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung SAKK, die Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe SPOG, das Nationale Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung NICER, die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO sowie die Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie SGH. Oncosuisse wurde vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik beauftragt, die «Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2020» (NSK) sowie deren Weiterführung bis Ende 2020 umzusetzen. Ziel der NSK ist, dass allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Schweiz die gleichen Bedingungen und Chancen hinsichtlich der Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zur Verfügung stehen. Dies muss trotz der Umsetzung von kostendämpfenden Massnahmen sichergestellt sein. Zur Kostendämpfung ist die Koordination und Kooperation sämtlicher Akteure insbesondere im Krebsbereich vordringlich. Als Nachfolgeorganisation der NSK wird das «Oncosuisse Forum» als nationales Netzwerk aller Akteure im Krebsbereich koordinativ tätig sein sowie in gemeinsamen Multi-Stakeholder-Projekten Lösungen zur optimalen Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten erarbeiten. Gerade Organisationen mit dem Zweck der Koordination und Kooperation sollten entsprechend aus Kostendämpfungsgründen nachhaltig finanziell unterstützt werden, denn sie dienen nicht nur den Interessen der Betroffenen, sondern sind auch im volkswirtschaftlichen Interesse.
	Wir begrüssen die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Eine qualitativ hochstehende und langfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten hängt von einem stabil finanzierten Gesundheitswesen ab. Die OKP-Prämien sind für einen Teil der Schweizer Bevölkerung nicht oder kaum mehr tragbar. Gerade die Diagnose Krebs kann drastische finanzielle Folgen mit sich bringen: Neben der Kostenbeteiligung an den Behandlungen und Medikamenten sowie weiteren Kosten wie beispielsweise für den Transport von und zu Onkologiezentren, erleiden viele Betroffene massive finanzielle Einbussen, weil sie eine gewisse Zeit gar nicht oder nur teilweise arbeiten können. Vermehrt stellen wir deshalb fest, dass Krebsbetroffene Schwierigkeiten haben, Krankenkassenprämien, Franchisen und Selbstbehalte überhaupt zu bezahlen.
	Massnahmen zur Kostendämpfung dürfen die Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht gefährden und die Chancen- und Zugangsgerechtigkeit muss gewahrt bleiben. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend auch die Stärkung der Qualität entscheidend. Dies wird auch mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit umgesetzt werden, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig weniger eine sichtbare

	Kostensenkung bedeutet, jedoch wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung mittelfristig einen weit nachhaltigeren Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigen.
	Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso hat sich das Parlament in seiner Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im ersten noch im vorliegenden zweiten Kostendämpfungspaket entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Wirkungsvolle Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention führen mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Dämpfung des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in die Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden.
	Zudem können auch mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung sowie der Förderung des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – Kosten in der Gesundheitsversorgung gedämpft werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	Art. 21			Wir begrüssen, dass die **Datenweitergabe** im KVG geregelt und der Persönlichkeitsschutz berücksichtigt wird. Die Versicherer müssen dem Bund grundsätzlich aggregierte Daten liefern. Sofern aggregierte Daten zur Erfüllung einer Aufgabe ungeeignet sind und die benötigten Daten nicht schon anderweitig zur Verfügung stehen, soll das BAG anonymisierte Individualdaten erheben können. Dabei ist das BAG verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten jederzeit gewahrt ist. Auch bei anonymisierten Daten kann allerdings eine Re-Identifikation von Einzelpersonen nicht ausgeschlossen werden. Wir fordern das BAG auf, in Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten alles daranzusetzen, dass der Datenschutz optimal gewährleistet ist und das Risiko einer Re-Identifikation von Versicherten möglichst verhindert wird.	
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir begrüssen die Förderung von **Programmen zur koordinierten Patientenversorgung** mit interprofessioneller Beteiligung sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Behandlungsprozess hinweg, weil sie bessere Ergebnisse erzielen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich.	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, welche die entsprechenden Qualitätskriterien erfüllen, ihre Leistungen im Rahmen des organisierten Programms anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungs-programmen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf ‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht’ zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff ‘national oder kantonal organisierte Programme’ steht im Einklang mit Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG.	
	Art. 32	Abs. 3		Wir begrüssen den Entscheid des Bundesgerichts, dass das BAG bei der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nicht nur den Auslandpreisvergleich, sondern auch den therapeutischen Quervergleich durchzuführen hat. So kann dem Kosten-Nutzen des Medikaments besser Rechnung getragen	

				werden. Gleichzeitig macht es Sinn, wenn die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe erfolgt. Die **WZW Beurteilung** kann sich im Verlauf je nach Wandel der Therapieprinzipien ändern. Eine Aufnahme in die Spezialitäten-Liste sollte nicht bedeuten, dass dies unveränderlich ist – entsprechend wären Massnahmen für provisorische Listungen und Entlistungen nützlich. Gleichzeitig muss die dokumentierte Nutzenbewertung als Bedingung für die definitive Zulassung aufgenommen werden (Value Based Assessment). Bei vorläufig zugelassenen neuen Medikamenten bzw. neuen Indikationen (Conditional Approval) müssen die Daten zum Nutzen nachgeliefert werden und entsprechende begründete Preisanpassungen (in beide Richtungen) könnten erfolgen. Dazu könnten evtl. national vorhandene und nachhaltig betriebene standardisierte Datenerhebungen (Register) genutzt bzw. über ihren Grundzweck hinaus erweitert werden. Die neu geschaffenen Register nach dem Krebsregistrierungsgesetz bieten sich hierfür an.	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wie bereits in den Ausführungen zu Art. 25 erwähnt, begrüssen wir die Förderung von Programmen zur koordinierten Patientenversorgung. Wir hoffen, dass solche Programme tatsächlich ermöglicht und gefördert werden. Aufgrund der inhaltlichen Zuordnung dieses Themas im Rahmen von kostendämpfenden Massnahmen und den entsprechenden erläuternden Ausführungen hegen wir jedoch die Befürchtung, dass die implizite Absicht besteht, solche Programme zu beschränken (siehe auch Seite 47 erläuternden Bericht).	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden

				Hingegen ist zentral, dass im Rahmen von sinnvollen **Programmen zur koordinierten Patientenversorgung** auch weitere nicht-ärztliche Leistungen zulasten der OKP ermöglicht werden. Die vom Parlament verabschiedete Kommissionsmotion «Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen» der SGK-N (18.3387) verlangt explizit, dass die OKP Kosten von Leistungen übernehmen soll, die im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung durchgeführt werden, wenn diese auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sind, zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung hinsichtlich des Behandlungsresultats führen sowie zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart werden. Gerade koordinative oder beratende Aufgaben im Rahmen von qualitätsgesicherten organisierten Programmen werden teilweise von Organisationen – wie beispielsweise kantonale und regionale Krebsligen – erbracht, welche bislang die finanziellen Mittel dafür selbst aufbringen müssen. Es kann nicht sein, dass hierfür Spendengelder eingesetzt werden müssen. Angesichts des zunehmenden Mangels an Hausärzten ist es sinnvoll, auch nicht-ärztliche Leistungserbringer vermehrt für Koordinations- und Beratungsaufgaben einsetzen zu können. Dies ist in den Ausführungsbestimmungen entsprechend zu berücksichtigen. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf ‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht’ zu ändern. Im erläuternden Bericht bleibt in der Beschreibung der medizinischen Rehabilitation die onkologische Rehabilitation leider unerwähnt. Im Bereich der Onkologie werden zahlreiche ambulante sowie stationäre Rehabilitationsangebote unter medizinischer Leitung durchgeführt. Onkologische	

				Rehabilitationsprogramme verbessern die Lebensqualität von Krebsbetroffenen und erleichtern ihre Wiedereingliederung in den Alltag und ins Berufsleben. Dies wird in Zukunft angesichts der zunehmenden Zahl von «Krebsüberlebenden» (halbe Million Cancer Survivors im Jahr 2030) auch angesichts einer zahlenmässig geringeren erwerbstätigen Population zusehends wichtiger. An dieser Stelle ebenfalls zu erwähnen ist die Kosten-Nutzen-Analyse von Früherkennungsprogrammen: Um zu beurteilen, ob eine Früherkennungsleistung sinnvollerweise im Rahmen eines Früherkennungsprogramms zur Verfügung gestellt werden soll, müssen Nutzen- und Schadenspotential differenziert abgewogen und die ökonomischen Effekte abgeschätzt werden. Im Rahmen der Nationalen Strategie gegen Krebs wurde das Expertengremium Krebsfrüherkennung «Cancer Screening Committee» geschaffen, welches wissenschaftlich fundierte, ausgewogene und von Partikularinteressen unabhängige Empfehlungen zu Krebs-Früherkennungsprogrammen formuliert. Leider fehlt gemäss Aussagen des BAG bis heute eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung eines solchen nationalen, unabhängigen Gremiums. Gerade in Bezug auf Kostendämpfung – und angesichts des KVG-Grundsatzes, wonach OKP-Leistungen den WZW-Kriterien zu entsprechen haben, – ist nicht nachvollziehbar, dass im vorliegenden Kostendämpfungspaket Früherkennungsprogramme zwar gefördert und erweitert werden sollen, für eine fundierte evidenzbasierte und ökonomische Ausarbeitung entsprechender Empfehlungen aber keine rechtliche Grundlage geschaffen wird. Es muss im Interesse von Bund und insbesondere den für die Vorsorge und Früherkennung zuständigen Kantonen sein, dass eine unabhängige systematische Bewertung mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durchgeführt und entsprechend Empfehlungen formuliert werden, gerade um eben	

				«nur wirkungsvolle Früherkennungsprogramme» zuzulassen und schlussendlich auch mitzufinanzieren.	
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen **Netzwerke zur koordinierten Versorgung** als eigene Leistungserbringerkategorie im Sinne der Förderung der koordinierten Versorgung in der Schweiz. Denn Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind zentral für die künftige Gesundheitsversorgung und Anreize für deren Schaffung umso wichtiger, dass in der Praxis Optimierungsbedarf besteht.	
	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Eine koordinierte, gut abgestimmte Versorgung ist insbesondere bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten wichtig, da verschiedene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und Institutionen involviert sind – und entspricht grundsätzlich einer optimalen Krebsversorgung. Zur qualitativ hochstehenden koordinierten Versorgung überall in der Schweiz gehört zudem einfach zugängliche Beratung und Unterstützung. Solche erbringen Fachorganisationen wie beispielsweise die regionalen und kantonalen Krebsligen für Krebspatientinnen und Krebspatienten. Entsprechend sollte in der Verordnung KVV eine entsprechende Anpassung Spielraum zulassen, dass auch nicht medizinische Leistungserbringer ihren wesentlichen Teil einer qualitativ hochstehenden und v.a. koordinierten Versorgung erbringen dürfen – bei der Netzwerkbildung sollen grundsätzlich auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. So erachten wir beispielsweise Dienstleistungen im Bereich der psychosozialen Unterstützung und Beratung für Betroffene	

				chronischer Krankheiten als eine wesentliche Versorgungssäule. Diese sollen durch nicht-ärztliches Personal in diesen Netzwerken angegliedert werden können (Gesundheitscoachs, Familienbegleitung, psychosoziale Beratung, palliative Versorgung (nicht nur medizinisch), Anbindung Sozialarbeit etc.). Gerade für chronische Krankheiten wie Krebs, die das ganze System und alle Lebensbereiche betreffen, reichen rein medizinische – also im KVG geregelte Dienstleistungen – nicht aus für eine umfassende Betreuung.	
	Art. 40a			Wenngleich die Grundidee der **Erstberatungsstelle** sinnvoll sein kann, geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Der Zugang zu Spezialisten (Diagnose und Behandlung) darf nicht verzögert werden. Gerade bei nicht übertragbaren Krankheiten wie Krebs können eine verzögerte Diagnosestellung oder spätere Behandlung massiven Einfluss auf die Heilungschancen und Lebensqualität haben – und bedeuten gleichzeitig aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. Dies gilt auch für die Nachsorge bei Krebspatientinnen und Krebspatienten (im Nachgang zur Primärversorgung). - Neben dem Ziel der Kosteneinsparung durch ein Gatekeepermodell muss auch das Ziel verfolgt werden, die Patientinnen und Patienten vor Überdiagnostik und Übertherapie zu schützen (Prinzip beneficiency/no maleficiency). Die «Gatekeeper» benötigen dafür das entsprechende Wissen und Bewusstsein, auch im Sinne der Verteilung von limitierten Ressourcen. Das muss künftig Lehr- und Lerninhalt in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sein.	

				- Voraussetzung, um auch wirklich einen entsprechenden Effekt der koordinierten Versorgung zu haben, muss die Beseitigung von monetären Fehlanreizen zwischen ambulanten und stationären Leistungsvergütungen sein. Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, die interprofessionell und -disziplinär vernetzt sind und deren koordinative Aufgaben vergütet werden.	
				Patientinnen und Patienten müssen gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung führt dazu, dass für manche Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Die Gefahr einer «Risikoselektion» erscheint verhältnismässig gross zu sein, um die Kosten der Erstberatungsstelle «optimieren» zu können. Das Ziel, dass die Erstberatungsstelle Patientinnen und Patienten berät und entscheidet, ob, wann und welche weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung gerade nicht erreicht.	
	Art. 41			Wir begrüssen die gesetzliche Präzisierung bezüglich der Festlegung der **Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen** ausdrücklich, weil sie einer Ungleichbehandlung von Versicherten im Falle einer frei gewählten Spitalbehandlung entgegenwirkt bzw. die vom Gesetzgeber mit Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 geforderten freien Spitalwahl für alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz nach gleichen Bedingungen zulässt.	

				Dies ist umso wichtiger angesichts des Trends zu kantonsübergreifenden Versorgungsregionen.	
	Art. 52b			Grundsätzlich begrüssen wir die Schaffung der rechtlichen Grundlagen für Preismodelle und Rückerstattung auf Gesetzesstufe zur Stärkung der Rechtssicherheit. Die Gewährleistung der Medikamentenversorgung sowie die Sicherstellung des Zugangs zur bestmöglichen Behandlung für alle Patientinnen und Patienten ist zentral. Es ist nachvollziehbar, dass Preismodelle erforderlich sind, weil sich die entsprechende Praxis international bei der Vergütung von Medikamenten durchgesetzt hat – die Schweiz ist hier einer von zahlreichen Akteuren im internationalen Kontext. Dass die, für den Auslandpreisvergleich berücksichtigen Preise, (v.a. bei hochpreisigen Medikamenten) in den Vergleichsländern nicht den effektiv vergüteten Preisen entsprechen, erachten wir allerdings nicht als zielführend Zudem wird der Nutzen bei der Preisfestsetzung nicht berücksichtigt – die kürzlich publizierte Studie von Kerstin N. Vokinger et al. «Clinical Benefit and Prices of Cancer Drugs in the US and Europe» zeigt deutlich auf, dass es in der Schweiz (sowie USA, Deutschland, England, Frankreich) keine Korrelation zwischen dem Nutzen und Preisen von Onkologika gibt. Preismodelle ermöglichen beispielsweise in der Onkologie, dass Betroffene trotz hoher Preise Zugang zu innovativen Therapien erhalten. Entsprechend sind Modelle wie Pay-for-performance begrüssenswert. Dennoch ist Vorsicht geboten, beispielsweise sind die Kriterien für die Beurteilung des Behandlungserfolges unklar. Der Outcome bzw. der tatsächliche Nutzen lässt sich nicht unmittelbar nach der Therapie sondern erst längerfristig beurteilen. Entsprechend bräuchte es eine einheitliche Nutzenbewertung, auch des volkswirtschaftlichen Nutzens	

				(HTA). Um diese zu entwickeln, müssen alle Akteure einbezogen werden. Bei Krebsbetroffenen zeigt sich der Nutzen oft im umfassenderen Sinn, beispielsweise weniger in der Lebensverlängerung, als mehr in der Lebensqualität. Dazu könnten evtl. national vorhandene und nachhaltig betriebene standardisierte Datenerhebungen (Register) genutzt bzw. über ihren Grundzweck hinaus erweitert werden. Die neu geschaffenen Register nach dem Krebsregistrierungsgesetz bieten sich hierfür an.	
	Art. 52c			Die Schaffung der Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz für die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen lehnen wir ausdrücklich ab. Dies widerspricht dem Öffentlichkeitsprinzip und dient dem Patientenwohl nicht. International gibt es insbesondere dank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vermehrte Bestrebungen für mehr Transparenz. Ende Mai 2019 hat sie eine Resolution verabschiedet, in der die Länder aufgefordert werden, geeignete Massnahmen zu ergreifen, um die Nettopreise öffentlich zugänglich zu machen (World Health Assembly 72.8. Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products). Die Schweiz hat die Resolution unterzeichnet. Deshalb ist die vorgeschlagene Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten und damit der Schaffung von mehr Intransparenz nicht nachvollziehbar: Der versprochene Effekt darf bezweifelt werden, längerfristig wird nur die Pharmaindustrie von der Intransparenz profitieren, der Zugang zu Medikamenten wird für Patientinnen und Patienten damit eher gefährdet als gewährleistet sein. Hier wäre eine evidenzbasierte Preisfestsetzung wirkungsvoller (siehe auch Bemerkungen zu Art. 23).	

				Wir teilen die zugrundeliegenden Anliegen des rascheren Zugangs für Patientinnen und Patienten sowie höherer Rabatte und damit tieferer Medikamentenpreise. Eine nationale und internationale Preispolitik kann jedoch nur mit der notwendigen Transparenz zu fairem und raschem Zugang zu Medikamenten für alle Patientinnen und Patienten führen und eine Diskriminierung verhindern. Eine stärkere Kooperation unter den Staaten sowie die Schaffung von Transparenz ist für eine echt wirksame Preispolitik mittel- und langfristig unabdingbar.	
	Art. 54			**Zielvorgaben** können eine Möglichkeit sein, das unkontrollierte Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu steuern, effektiv wird sie unseres Erachtens nur mit der vorgeschlagenen verbindlicheren Variante. Begrüssen würden wir allerdings, wenn Kostensteuerungsmassnahmen der Tarifpartner diese Massnahmen erübrigen würden. Allenfalls liesse sich gerade in diesem Kontext ein wirkungsvoller Anreiz bei den Partnern festlegen. Zentral ist, dass eine Zielvorgabe nicht zu Rationierung oder Qualitätsverlust in der Gesundheitsversorgung führt. Die Versorgungs- und Patientensicherheit sowie der Zugang für alle und insbesondere chronisch kranke Patientinnen und Patienten muss stets und zu jeder Zeit gewährleistet sein. Ansonsten wäre ein umgekehrter Kosteneffekt die Folge. Entsprechend sollten die Ziele der Kostendämpfung mit Qualitätszielen eng verknüpft sein. Leider fehlt eine Regulierungsfolgeabschätzung, was die Einschätzung des volkswirtschaftlichen Kostensparpotential (administrativer Aufwand vs. Sparpotential) sowie den Bezug auf Zugang und Qualität verunmöglicht. Die Zielvorgaben können Anreiz für Kantone sein, beispielsweise in Bezug auf die Spitalplanung noch stärker untereinander zu koordinieren. Da die Umsetzungsgestaltung und	

				Vollzugsverantwortung bei den Kantonen liegt, wird es erfahrungsgemäss zu erheblichen Unterschieden in der Ausgestaltung kommen, was wiederum die Versorgungssituation in den einzelnen Kantonen wenig harmonisieren dürfte. Zu verhindern sind 26 verschiedene Vorgehensweisen und die daraus resultierende Ungleichbehandlung von Versicherten resp. Patientinnen und Patienten verbunden mit einem zusätzlich nicht vertretbaren administrativen Aufwand.	
	Art. 54	Abs. 3		Wir begrüssen, dass bei der Festlegung eines allfälligen Kostenziels auch die Faktoren Demografie und Morbidität der Wohnbevölkerung sowie der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden.	
	Art. 54d			Wir begrüssen, dass bei Korrekturmassenahmen aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien berücksichtigt werden.	
	Art. 14 IVG			Die Annäherung des IVG an das KVG ist grundsätzlich zu begrüssen, da dadurch im Bereich der Sozialversicherungen betreffend Arzneimittel zwischen KVG und IVG die gleichen WZW-Kriterien angewendet werden. Jedoch muss der Tatsache der Invalidität als besondere Lebenssituation im Unterschied zur Krankheit Rechnung getragen werden. Zudem zählen wir darauf, dass die Versprechen aus der IV-Revision eingehalten werden, insbesondere betreffend die besonderen Umstände bei Kindern mit Krebs oder sonstigen seltenen Krankheiten, die häufig zur wirksamen Behandlung Off-Label-Arzneimittel benötigen. Der Bundesrat hat somit im Rahmen seiner Verordnungskompetenz sicherzustellen, dass die Versorgung mit wirksamen Arzneimitteln zu verhältnismässigen Preisen von Kindern mit Geburtsgebrechen weiterhin und im bisherigen Umfang garantiert werden kann und eine	

				Unterversorgung durch die neue Positivliste vermieden wird. Konkret bedeutet dies auch, dass die Regeln für die Abgabe von Arzneimitteln im Einzelfall bei Kindern mit Geburtsgebrechen weniger streng gehandhabt werden als im Rahmen der Regelung des KVG.	
	Art. 47b IVG			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin freiwillig entscheiden können, ob sie die Rechnung in elektronischer Form erhalten möchten. Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien «Gesundheit 2020» sowie «Gesundheit 2030» erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Dazu muss deren Gesundheitskompetenz gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Eidgenössisches Departement
des Innern (EDI)
CH-3003 Bern

Per E-Mail an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern,18. November 2020

VERNEHMLASSUNG
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu der Änderung des KVG und den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung des Pakets 2 Stellung zu nehmen.
Oncosuisse, die Schweizerische Vereinigung gegen Krebs, ist der Zusammenschluss von sieben nationalen Schweizer Organisationen, die sich der Bewältigung von Krebserkrankungen widmen: die Krebsliga Schweiz KLS, die Stiftung Krebsforschung Schweiz KFS, die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung SAKK, die Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe SPOG, das Nationale Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung NICER, die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO sowie die Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie SGH. Oncosuisse wurde vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik beauftragt, die «Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2020» (NSK) sowie deren Weiterführung bis Ende 2020 umzusetzen. Ziel der NSK ist, dass allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Schweiz die gleichen Bedingungen und Chancen hinsichtlich der Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zur Verfügung stehen. Dies muss trotz der Umsetzung von kostendämpfenden Massnahmen sichergestellt sein. Zur Kostendämpfung ist die Koordination und Kooperation sämtlicher Akteure insbesondere im Krebsbereich vordringlich. Als Nachfolgeorganisation der NSK wird das «Oncosuisse Forum», als nationales Netzwerk aller Akteure im Krebsbereich koordinativ tätig sein sowie in gemeinsamen Multi-Stakeholder-Projekten Lösungen zur optimalen Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten erarbeiten.

Unsere detaillierte Stellungahme können Sie dem beigelegten Formular entnehmen. Wir danken Ihnen im Voraus für die Berücksichtigung unserer Rückmeldungen.
Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. med. Jakob R. Passweg
Präsident

Dr. Kathrin Kramis
Geschäftsführerin

Beilage: Formular Stellungnahme Oncosuisse

Pro Chiropraktik Schweiz · Für die Rechte der Patienten
Pro Chiropratique Suisse · Pour les droits des patients
Pro Chiropratica Svizzera · Per i diritti dei pazienti

Abs: PCS · Buchserstrasse 61 · 5000 Aarau

Bundesamt für Gesundheit

Abteilung Tarife und Grundlagen

Schwarzenburgstrasse 157

3003 Bern

5000 Aarau, 19. November 2020

Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir sind ein basisdemokratisch organisierter Verein mit rund 9'000 Mitgliedern. Wir haben uns seit 1957 eingesetzt, dass die Chiropraktik ein in der Schweiz anerkannter Beruf wurde und dieser auch im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) als anerkannte Disziplin verankert wurde und ist.

Als eine der grössten schweizerischen Patientenorganisationen, erlauben wir uns zur oben erwähnten Vorlage Stellung zu nehmen.

Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sind hochqualifizierte Medizinalpersonen gemäss MedBG, die sich in erster Linie um Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden am Bewegungsapparat kümmern. Sie behandeln eine Patientengruppe, die ausgesprochen hohe Kosten verursacht.

Mit ihrem Fachwissen in diesem Bereich können Chiropraktorinnen und Chiropraktoren einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssteigerung und Kostendämpfung im schweizerischen Gesundheitswesen leisten.

Dies setzt allerdings voraus, dass sie auch in Gesetzesrevisionen mitberücksichtigt werden und systematisch in die Versorgungskette einbezogen werden.

Viele der vorgeschlagenen Massnahmen führen aus unserer Sicht zu Qualitätseinbussen bei ungenügender Wirkung auf die Kosteneinsparung.

1. *Zielvorgabe Kostenentwicklung*

Mit der Festlegung eines nationalen Gesamtkostenziels versucht der Bundesrat dem Kostenwachstum eine Obergrenze zu setzen. Das Ziel soll sich an der medizinisch und ökonomisch begründbaren Mengen- und Preisentwicklung orientieren.

Bei diesem Ansatz wird vorausgesetzt, dass es sich bei den heutigen Leistungsmengen um eine zweckmässige und effiziente Versorgung handelt. Im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen gibt es aber begründete Zweifel daran, ob die aktuelle Versorgung bedarfsgerecht ist.[1] In seiner Antwort auf die Interpellation 20.3058 weist der Bundesrat darauf hin, dass bei muskuloskelettalen Erkrankungen „keine Daten zur Versorgungssituation und allfälligem Verbesserungspotenzial" bestehen.

Chiropraktorinnen und Chiropraktoren erbringen nachweislich kostengünstige und wirksame Leistungen in der Diagnostik und Behandlung von muskuloskelettalen Beschwerden.[2]

Pro Chiropraktik Schweiz möchte anregen, dass für den Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen zeitnah die notwendigen Daten beschafft werden. Nur so kann dieser volkswirtschaftlich so bedeutsame Teilbereich des Gesundheitswesens konsequent gesteuert werden.

Die Einführung einer Plafonierung zur Erreichung des Kostenziels hat die Rationierung der Leistungen zur Folge. Dies steht im krassen Gegensatz zu den Grundprinzipien eines sozialen und gerechten Gesundheitswesens. Mit einer Rationierung von Gesundheitsleistungen sehen wir eine Gefährdung sowohl der Behandlungsqualität als auch der Patientensicherheit.

Dass die Einführung von Globalbudgets keine positiven Effekte auf die Kostenentwicklung hat, zeigt die Situation in den Kantonen Waadt und Genf. Erhoffte Einsparungen werden nicht erreicht und gesetzlich versicherte Patienten müssen über Monate auf ihren Termin warten. Wer über genügend finanzielle Mittel verfügt, kann das System umgehen und sich direkt an die Leistungserbringer wenden. Dadurch besteht die Gefahr der Entwicklung eines Zwei-Klassen-Gesundheitssystems.

Aus diesen Gründen lehnen wir ein staatlich gesteuertes Globalbudget im ambulanten Bereich entschieden ab.

2. *Einführung Erstberatungsstelle*

Die Einführung einer Erstberatungsstelle, wie sie im Entwurf beschrieben wird, soll die Grundversorgung stärken. Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Idee der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme insbesondere für Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden in die falsche Richtung:

70 Prozent der Versicherten haben bereits heute ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Der Erfolg dieser Versicherungsmodelle basiert nur auf der Freiwilligkeit und dem finanziellen Anreiz. Die Managed Care Vorlage wurde 2012 vom Stimmvolk klar abgelehnt. Dieser Volkswille muss respektiert werden. Die Möglichkeit der freien Arzt- und Chiropraktorenwahl muss erhalten bleiben.

Eine 2011-2013 in der Schweiz durchgeführte Studie kommt zum Schluss, dass Patientinnen und Patienten, die bei Beschwerden am Bewegungsapparat initial den Chiropraktor oder die

---

[1] Ebd.

[2] Houweling TAW, Braga AV, Hausheer T, Vogelsang M, Peterson C, Humphreys BK. First-contact care with a medical vs chiropractic provider after consultation with a Swiss telemedicine provider: comparison of outcomes, patient satisfaction, and health care costs in spinal, hip, and shoulder pain patients. J Manipulative Physiol Ther. 2015;38(7):477-483.

Chiropraktorin konsultierten, zufriedener waren und auch weniger Kosten verursachten als jene, die initial den Hausarzt oder die Hausärztin konsultierten.[3]

Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle, wie sie im Gesetzesentwurf vorgesehen ist, würde diesen zweckmässigen und kostengünstigen Behandlungspfad via Chiropraktor verunmöglichen. Dies läuft dem erklärten Ziel der geplanten gesetzlichen Massnahmen diametral zuwider.

Wir lehnen insbesondere aus diesem Grund die Erstberatungsstelle in der vorgesehenen Form ab.

Nicht ausgeschlossen wäre unsere Zustimmung, wenn Chiropraktorinnen und Chiropraktoren in die Erstberatung und Triage, insbesondere von Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerdebildern, mit einbezogen würden. Dies könnte z.B. durch folgende Ergänzung von Art. 40a, Absatz 3 erfolgen:

d. Chiropraktorinnen und Chiropraktoren (bei Beschwerden des Bewegungsapparates)

3. Stärkung koordinierte Versorgung

Pro Chiropraktik Schweiz begrüsst die Stärkung der koordinierten Versorgung durch die gesetzliche Verankerung von Netzwerken wie sie schon heute bestehen. Alle Berufsgruppen müssen entsprechend ihren Qualifikationen dort mit einbezogen werden, wo sie einen wesentlichen Beitrag an eine qualitativ hochstehende Versorgung leisten können. Wie bereits weiter oben ausgeführt, sind Chiropraktorinnen und Chiropraktoren hoch qualifizierte Medizinalpersonen, wenn es um die Diagnostik, Triage und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerdebildern geht. Sie müssen zwingend in geplante Versorgungsnetzwerke mit einbezogen werden und solche Netzwerke auch leiten dürfen.

Wir schlagen folgende Ergänzung von Absatz 3, Art. 36b vor:

a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, bzw. den Chiropraktor oder die Chiropraktorin, der oder die das Netzwerk leitet.

Wir vertreten aber auch die Ansicht, dass einzelne Gesundheitsfachpersonen weiterhin die Wahl haben müssen, ob sie sich einem Netzwerk anschließen wollen oder nicht.

Freundliche Grüsse
Patientenorganisation Pro Chiropraktik Schweiz

Rainer Lüscher, Präsident

Patientenorganisation - Pro Chiropraktik Schweiz PCS · www.pro-chiropraktik.ch
Rainer Lüscher · Buchserstrasse 61 · 5000 Aarau · praesident@pro-chiropraktik.ch · 079 648 34 84

[3] Houweling et al.

procap

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 165
3097 Bern Liebefeld

19.11.2020 ds/pm

Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Rahmen der Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 2

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns dafür, dass wir eine Vernehmlassung zu den Änderungen des KVG einreichen dürfen. Procap vertritt über 20'000 Mitglieder mit einer Behinderung in der Schweiz. Darunter sind auch viele Kinder und Jugendliche mit oder ohne Geburtsgebrechen, die von der IV mit medizinischen Massnahmen unterstützt werden. Dementsprechend konzentrieren wir uns in unserer Stellungnahme auf die Auswirkungen, die das Kostendämpfungspaket auf die IV hat.

Im Kontext mit der IV-Reform "Weiterentwicklung der IV" wurde zwar grundsätzlich entschieden, dass sich die Regeln der IV betreffend die Übernahme von medizinischen Massnahmen den Regeln der Krankenversicherung angleichen und diese teilweise übernommen werden sollen. Gleichwohl wurden im Rahmen der parlamentarischen Beratung diverse Garantien abgegeben, die der Besonderheit der IV-Leistungen, insbesondere betreffend die Leistungen von Kindern mit einem Geburtsgebrechen und seltenen Krankheiten, Rechnung tragen sollen.

So ist für Kinder und junge Menschen mit einer Geburtsbehinderung die medizinische Überwachung durch die Spitex oft elementar, um ein Leben zuhause in den Familien überhaupt zu ermöglichen. Dementsprechend hat der Bundesrat in der Fragestunde eine Anfrage von Nationalrätin Crottaz Brigitte (18.5373) so beantwortet, dass diese Leistungskategorie, obwohl im KVG nicht vorgesehen, auch bei einer Annäherung der beiden Systeme erhalten bleiben soll.

Betreffend die Medikamentenübernahme hat der Bundesrat eine Anfrage von Nationalrat Adrian Wüthrich (18.1096) dahingehend beantwortet, dass sich durch die Angleichung der Systeme keine Verschlechterungen ergeben sollen. Das bedeutet, dass in der IV auch weiterhin die Möglichkeit zu einem Off-Label-Use bestehen soll, selbst wenn im Rahmen einer Verordnung die Übernahme der Medikamente speziell geregelt werden. Tatsächlich ist der Off-Label-Use bei Kindern mit Geburtsgebrechen verbreitet, da viele Medikamente für Menschen mit seltenen Krankheiten oder Kinder keine spezielle Zulassung haben. Es wird hierzu insbesondere auf die Voten des Kommissionssprechers

Procap Schweiz
Rechtsdienst
Frohburgstrasse 4
Postfach
4601 Olten
www.procap.ch
rechtsdienst@procap.ch
Tel. 062 206 88 77
Fax 062 206 88 79
PC 46-1809-1

Christian Lohr (AB 2019 N 103) verwiesen: *«Der Bundesrat hat somit im Rahmen seiner Verordnungskompetenz sicherzustellen, dass die Versorgung mit günstigen und wirksamen Arzneimitteln von Kindern mit Geburtsgebrechen weiterhin und im bisherigen Umfang garantiert werden kann und eine Unterversorgung durch die neue Positivliste vermieden wird. Konkret bedeutet dies auch, dass die Regeln für die Abgabe von Arzneimitteln im Einzelfall bei Kindern mit Geburtsgebrechen weniger streng gehandhabt werden als im Rahmen der Regelung des KVG».*

Weiter ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der WZW-Kriterien den seltenen Krankheiten Rechnung getragen werden muss. Bei seltenen Krankheiten kann nur schon aus statistischen Gründen in der Regel nicht der gleiche Nachweis verlangt werden, wie bei anderen Krankheiten, um die Wissenschaftlichkeit der Massnahme zu belegen. Es wird hierzu insbesondere auf die Voten von Roduit Benjamin, Nationalrat Wallis und Bea Heim, Nationalrätin Solothurn verwiesen. Im Ständerat sind es die Voten von Eder Joachim sowie Bundesrat Alain Berset (AB 2019 S 795).

Betreffend die Einführung von Erstversorgungszentren beantragen wir dafür zu sorgen, dass diese auch durch eine Spitalabteilung, Spezialärzte oder spezialisierte Zentren im Ausland gewährleistet werden können. Oder aber, dass bei der hier relevanten Gruppe darauf verzichtet wird, Erstversorgungszentren zu konsultieren. Bei Kindern und Jugendlichen kann einerseits die Komplexität der Erkrankung ein spezialisiertes interdisziplinäres Team erfordern, wie es von Spitälern geführt wird. Bei seltenen Krankheiten ist manchmal ein Spezialwissen erforderlich, das in der Schweiz aufgrund der geringen Zahl nicht vorhanden ist.

Im Weiteren beantragen wir, dass der Besonderheit der IV auch hinsichtlich der Übernahme von Behandlungsgeräten Rechnung getragen wird. Die aktuelle IV-Praxis, prüft eine Zusprache von Behandlungsgeräten im Einzelfall. Eine Liste war bisher dazu nicht nötig. Auch hier soll also keine Verschlechterung durch die Systemangleichung bzw. eine Listenharmonisierung eingeführt werden.

Schliesslich regen wir an, Patientengruppen bei der Ausarbeitung allfälliger Listen rechtzeitig einzubeziehen. Gerade bei seltenen Erkrankungen und komplexen Geburtsgebrechen ist in einzelnen Patientengruppen oft ein sehr hohes Erfahrungswissen vorhanden, das wertvolle Beiträge leisten kann.

Ich bitte Sie, diese Garantien auch im Kontext der Kostendämpfungsmassnahmen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Martin Boltshauser, Rechtsanwalt
Leiter Rechtsdienst und Geschäftsleitungsmitglied

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : ProRaris Allianz Seltener Krankheiten - Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : ProRaris

Adresse : Chemin de la Riaz 11, 1418 Vuarrens

Kontaktperson : Dr. Jacqueline de Sá

Telefon : 021 887 68 86

E-Mail : jdesa@proraris.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen_____ **5**

Weitere Vorschläge _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:_____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ProRaris	**Einleitung** Sie haben am 19. August 2020 das Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) eröffnet. ProRaris Allianz Seltener Krankheiten – Schweiz bedankt sich für die Einladung, zur Vorlage Stellung nehmen zu können. Wir möchten grundsätzlich festhalten, dass die Grundgedanken bei den einzelnen Massnahmen aus dem Paket zwar nachvollziehbar sind, diese jedoch allein auf das Einsparen von Kosten zielen. Bei den meisten Massnahen ist die konkrete Ausgestaltung unklar und somit die Konsequenzen auf die Qualität der Behandlung für die Patientinnen und Patienten aus heutiger Sicht unsicher. Es bleiben viele Fragen offen und eine vertiefte Meinungsbildung ist schwierig. Je nach Ausformulierung gewisser Gesetzesänderungen besteht die Gefahr, dass die Massnahmen sich nachteilig auf Betroffene mit seltenen Krankheiten auswirken könnten. Sehr oft sind seltene Krankheiten schwerwiegend, verlaufen chronisch und können behindernd oder lebensbedrohend sein. Die Betroffenen und deren Angehörige haben zahlreiche Herausforderungen zu meistern: die korrekte Diagnose zu stellen ist langwierig und dauert oft Jahre oder gar Jahrzehnte. Das Wissen über den Krankheitsverlauf ist in vielen Fällen gering und es fehlt an Therapiemöglichkeiten. Wenn es für Betroffene einer seltenen Krankheit eine Behandlung gibt, handelt es sich oft nicht um eine Standardtherapie oder eine sehr neuartige Therapie. Der Prozess der Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist als Folge davon häufig langwierig und ungewiss. Regulatorische Lücken führen hier zu beträchtlichen Unsicherheiten und Rechtsungleichheiten. Mit der Umsetzung des Nationalen Konzeptes Seltene Krankheiten soll die Versorgungsqualität bei seltenen Krankheiten verbessert werden – konkret die rasche Diagnosestellung, die Versorgung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie die Forschung. Dieses Ziel einer gleichberechtigten medizinischen Versorgung von Betroffenen mit seltenen Krankheiten darf durch das Ziel, Kosten zu sparen, nicht gefährdet werden.
ProRaris	**Grundsätzliches** Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bereitet ProRaris Sorgen, da steigende Prämien Menschen mit niedrigem und mittlerem Einkommen belasten. Vielen Menschen, die auf medizinische Leistungen angewiesen sind, macht die, in der Schweiz vergleichsweise hohe, Kostenbeteiligung zusätzlich zu schaffen. ProRaris erwartet, dass die Kostenbeteiligung in den nächsten Jahren nicht angehoben wird, damit diese nicht zur Zugangsbarriere für Menschen in angespannten finanziellen Verhältnissen wird. Kostendämpfungsmassnahmen dürfen nicht zu Leistungsbeschränkungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP führen, denn alle Menschen in der Schweiz haben ein Recht auf einen hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen

	Versorgung. Menschen mit seltenen Krankheiten, welche oft auch von Behinderungen betroffen sind, sind mehrheitlich gesundheitlich deutlich beeinträchtigter als Menschen ohne Behinderungen und damit besonders auf eine für alle zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung angewiesen. Ihr Recht auf ein Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderungen ist in der UNO-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben (Art. 25 UNO-BRK). Kostendämpfungsmassnahmen müssen zwingend so ausgestaltet werden, dass sie nicht zu einer Benachteiligung von gewissen Gruppen führen. Das Modell der Erstberatungsstelle wird beispielsweise Menschen mit einer seltenen Krankheit, deren ärztliche Hauptansprechperson häufig eine Fachärztin/ ein Facharzt ist, nicht gerecht. Die CVP-Kostenbremse-Initiative lehnt ProRaris dezidiert ab, denn sie würde durch die starre Koppelung der Kostenentwicklungs-Zielvorgabe an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und den Lohnindex zu einer Rationierung von Leistungen und damit zu einer Zweiklassengesellschaft bei der medizinischen Versorgung führen. ProRaris ist überzeugt, dass Betreuung und Zuwendung den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten wesentlich beeinflussen. Die Ausschöpfung des Effizienzpotenzials im Gesundheitswesen darf deshalb nicht dazu führen, dass Zuwendung und Betreuung im medizinischen Alltag zukünftig noch weniger Platz haben werden. Im Gegenteil sollten diese beiden Elemente gestärkt werden. Massnahmen zur Kostendämpfung sollten insbesondere auch bei der Unter-, Über- oder Fehlversorgung ansetzen. Während bei einer Überversorgung unnötige Behandlungen bezahlt werden, führen Unter- und Fehlversorgungen zu Verschlechterung des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten und damit zu hohen Folgekosten. Es braucht u.a. weitere Anstrengungen, damit korrekte Diagnosen möglichst rasch gestellt und damit die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Im Bereich seltene Krankheiten wurden in diesem Jahr in der ganzen Schweiz interdisziplinäre und krankheitsübergreifende Zentren für Seltene Krankheiten von der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten kosek anerkannt. Die Bezeichnung von krankheitsspezifischen Referenzzentren inkl. Netzwerken wird bald folgen. Bei der gesetzlichen Ausgestaltung müssen auch solche neuen spezialisierten Zentren berücksichtigt werden, damit auch diese ihre koordinativen Aufgaben vergütet bekommen. Dabei sind Pauschalen nicht zielführend, da sich seltenen Krankheiten per Definition nicht standardisieren lassen. Dieser Umstand muss zwingend berücksichtigt werden.
ProRaris	**Generelle Rückmeldungen zum zweiten Kostendämpfungs-Massnahmenpaket** ProRaris begrüsst die Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung, denn viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Beschwerden betroffen, deren effiziente Behandlung eine Abstimmung zwischen den involvierten Fachärztinnen und -ärzten voraussetzt. ProRaris hofft, dass die Einführung von Preismodellen zu einem schnelleren Zugang zu neuen Medikamenten führt. Im heutigen System führen blockierte Tarifverhandlungen regelmässig dazu, dass Menschen, die dringend auf neue Arzneimittel angewiesen werden, lange warten und u.U. eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in Kauf nehmen müssen. Es braucht dringend Vorkehrungen, damit blockierte Verhandlungen nicht zu Unterversorgungen und schliesslich zu höheren Kosten wegen Verschlechterungen des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten führen. Zusätzlich soll die Perspektive der Patientinnen und Patienten bei den Preisverhandlungen von neuen Therapien hinsichtlich der Frage nach der Wirksamkeit in Zukunft systematisch einbezogen werden. Die Einführung einer Zielvorgabe für die OKP-Kostenentwicklung lehnt ProRaris klar ab, denn die zunehmende Alterung der Bevölkerung und der damit einhergehende höhere Bedarf an Gesundheitsversorgung darf

	nicht mit einer Rationierung von Gesundheitsleistungen korrigiert werden. Sollte die Zielvorgabe trotzdem eingeführt werden, müsste mittels eines Monitorings sichergestellt werden, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt und allfällige Verschlechterungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zeitnah korrigiert werden können. Auch die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle lehnt ProRaris ab, da die Patientenautonomie dadurch beschnitten würde. Besondere Patientengruppen, wie beispielsweise Menschen mit seltenen Krankheiten, welche oft auf die Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte angewiesen sind, werden mit diesen Modellen benachteiligt. Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erfreuen sich bereits heute grosser Beliebtheit in der Bevölkerung. ProRaris ist überzeugt, dass mit einer gezielten Förderung weitere Menschen auf freiwilliger Basis für diese Versicherungsmodelle gewonnen werden könnten.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ProRaris	21			ProRaris unterstützt die Verpflichtung der Krankenversicherer zur Weitergabe von Daten grundsätzlich. Eine gute Datengrundlage ist unabdingbar, um Über-, Fehl- und Unterversorgung zu erkennen, zu korrigieren und dadurch unnötige Kosten zu verhindern. Die Weitergabe von Daten pro versicherte Person lehnt ProRaris jedoch ab. ProRaris befürchtet, dass die Ausweisung der Gesamtkosten für bestimmte Krankheiten zu Diskussionen führen würde, wieviel ein gewonnenes Lebensjahr von schwer erkrankten Menschen kosten darf. Damit würde die Verpflichtung, den Zugang zu medizinischen Einrichtungen und zu ärztlicher Betreuung im Krankheitsfall für *alle* sicherzustellen (Art. 12 Abs. 2 lit. b UNO-Pakt I), in Frage gestellt. Sollte die Weitergabe von Daten pro versicherte Person eine Mehrheit finden, müsste bei der Veröffentlichung von Daten sichergestellt werden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.	[2]Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. ~~Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:~~ ~~a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Mass-nahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;~~ ~~b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungender und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von~~

					~~dessen Ausführungsbestimmungen;~~ c. ~~zur Evaluation des Risikoausgleichs;~~ d. ~~zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.~~
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	32	3		Mit diesem neuen Gesetzesabsatz wird der Bundesrat ermächtigt festzulegen, wie die Prüfung WZW-Kriterien erfolgen soll und welche Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung gelten. Zukünftig soll die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen wie bspw. Arzneimittel) zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung (z.B. Einführung bzw. Erstaufnahme, etablierte Anwendung, Ablösung durch neue Leistungen) mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe differenziert erfolgen können. Die erstmalige WZW-Prüfung einer Leistung soll jeweils systematisch und vollständig durchgeführt werden. Bei den periodischen Überprüfungen soll eine vertiefte Prüfung der Kriterien erfolgen, soweit dies angezeigt ist. So kann bereits einige Jahre nach der erstmaligen WZW-Prüfung einer Leistung im Rahmen der Neuaufnahme in den Leistungskatalog der OKP der Prüfung von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nicht mehr das gleiche Gewicht zukommen wie bei der Aufnahme. Ausnahmen gibt es insbesondere, wenn neue Studien und Daten vorliegen, die eine Veränderung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit seit der Aufnahme nachweisen. ProRaris befürchtet, dass mit dieser neuen Regelung das Kostengünstigkeitsprinzip durchgesetzt wird und die	Artikel streichen

				Wirksamkeit und Zweckmässigkeit an Bedeutung verlieren. Um den Patienten/ die Patientin konsequent ins Zentrum zu stellen, wie dies in der Strategie Gesundheit2020 vorgesehen war, sollte das Kriterium Zweckmässigkeit besondere Beachtung erhalten und bei allen Überprüfungen einbezogen werden. Bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit sollen im Fall neuartigen und komplexen Therapien medizinische Fachexperten und Patientinnen und Patienten bzw. die sie vertretenden Organisationen einbezogen werden. Auch muss bei seltenen Krankheiten die Häufigkeit der Krankheit berücksichtigt werden.	
ProRaris	36b			Viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Beschwerden betroffen, wobei sowohl die Kombination von körperlichen und psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Rückenschmerzen und Depression) als auch das gleichzeitige Vorliegen von verschiedenen somatischen respektive psychischen Störungen vorkommen. Die gute Abstimmung bei Übergängen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen unterschiedlicher Ausrichtungen sind für sie essenziell. ProRaris begrüsst deshalb die Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und fordert gleichzeitig, dass ein besonderes Augenmerk auf den hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu den Netzwerken gerichtet werden muss. Ebenfalls müssen die Bedürfnisse von Menschen mit seltenen Krankheiten berücksichtigt werden. Da die Netzwerke neu eingeführt werden, sollten sie nach ca. 5 Jahren evaluiert werden, um sie weiterentwickeln zu können. ProRaris schlägt vor, die Evaluation im Gesetz vorzusehen. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten.	[2]Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Er berücksichtigt dabei, den rechtsgleichen Zugang zu einer adäquaten Behandlung für alle Patienten, speziell im Fall von seltenen Krankheiten. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. [3]Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: […] h. die Gewährleistung eines barrierefreien und diskriminierungsfreien Zugangs zum Netzwerk i das in den Abläufen verankerte Mitspracherecht von Patientinnen und Patienten [4]Der Bundesrat sorgt dafür, dass die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung gestützt auf regelmässige Überprüfungen kontinuierlich

				Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer betrieben und / oder kontrolliert werden.	weiterentwickelt werden.
ProRaris	40a			ProRaris anerkennt, dass vertraute ärztliche Ansprechpersonen insbesondere für Menschen, die regelmässig Medikamente einnehmen und/oder medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen müssen, hilfreich sind. Bereits heute verfügt die Mehrheit der versicherten Personen über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und verpflichten sich damit, vor dem Aufsuchen eines Facharztes/ einer Fachärztin den Hausarzt/ die Hausärztin oder die Telemed-Stelle zu kontaktieren. ProRaris begrüsst es, wenn diese Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer vom Bund gezielt gefördert werden, z.B. mittels Kampagnen. Hingegen lehnt ProRaris den Vorschlag des Bundesrats dezidiert ab, eine Verpflichtung zur Erstabklärung bei einer Erstberatungsstelle einzuführen. Indem die Entscheidungskompetenz zur Form der Behandlung der Erstberatungsstelle übertragen wird, wird die Patientenautonomie beschnitten. Bei der oft langen ärztlichen Odyssee zur Diagnose einer seltenen Krankheit, kommt es oft zur Situation, dass der Hausarzt / die Hausärztin keine Ursache finden kann, die Patientin oder der Patient jedoch spürt, dass etwas nicht stimmt. Der Zwang zur Erstberatung würde zukünftig dazu führen, dass nur eine Fachärztin oder Facharzt aufgesucht werden könnte, wenn die Erstberatungsstelle zustimmt, was zwangsläufig zu einem Machtgefälle und die Abhängigkeit zwischen Patienten und Erstberatungsstelle führt. ProRaris befürchtet, dass die Erstberatungsstellen unter Druck stehen würden, nicht zu oft Überweisungen an Fachärztinnen und -ärzte vorzunehmen, insbesondere auch bei Patientinnen und Patienten ohne klare Diagnose. Bei Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten könnte das dazu führen, dass die	Der Artikel «Erstberatungsstelle» ist zu streichen. Neue Gesetzesgrundlage Der Bundesrat und die Krankenversicherer fördern Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie können dazu namentlich Prämienrabatte gewähren oder nationale Kampagnen durchführen.

				Diagnose noch später gestellt würde, weil ihr Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten beschränkt wäre. Die Erstberatungsstelle könnte auch das Einholen von einer medizinischen Zweitmeinung verhindern, obwohl dadurch erwiesenermassen unnötige Eingriffe, Behandlungen und Therapien verhindert werden können. Für viele Menschen stellen die Krankenkassenprämien eine grosse finanzielle Belastung dar. Der durch das Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erworbenen Rabatt ist für sie wichtig. Mit der Einführung der Erstberatungsstelle würde dieser Rabatt wegfallen, was für viele Menschen zu einer Erhöhung ihrer Prämie führen würde. Es gilt auch zu bedenken, dass es Krankheiten gibt, welche hauptverantwortlich von einem Facharzt/ einer Fachärztin behandelt werden. Bei der zystischer Fibrose ist dies beispielsweise der Lungenspezialist/ die Lungenspezialistin. Bei solchen Krankheiten macht es keinen Sinn, die Erstberatung bei einer Ärztin oder einen Arzt mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Kinder- und Jugendmedizin oder um einen praktischen Arzt oder eine praktische Ärztin zu verorten.	
ProRaris	42	3ter		ProRaris begrüsst es grundsätzlich, dass die elektronische Rechnungsstellung im Gesundheitswesen zur Norm werden soll. ProRaris fordert, dass bei der Definition von gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronische Übermittlung der Rechnung ein besonderes Augenmerk auf die Zugänglichkeit für blinde Menschen gemäss Art. 9 UNO-BRK gerichtet werden muss. Blinde Menschen sind bei der Erarbeitung der Rechnungsvorlagen zwingend einzubinden. ProRaris regt an, die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit von Rechnungen für medizinische	3terDer Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln, wobei die Lesbarkeit für blinde Menschen gewährleistet sein muss.

				Leistungen zu verbessern. ProRaris findet es wichtig, dass versicherte Personen selber entscheiden können, ob sie die Rechnung in elektronischer Form oder kostenlos in Papierform erhalten möchten.	
ProRaris	52	1		Im Einleitungssatz soll der Verweis auf den gesamten Artikel 32 KVG (WZW-Kriterien) ausgeweitet werden, weil der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung spezifisch auf Arzneimittel, Analyse sowie Mittel und Gegenstände angewendet werden soll. ProRaris befürchtet, dass Menschen mit einer chronischen Krankheit, welche auf die regelmässige Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, in der Folge ihre Medikamente im Jahresrhythmus wechseln müssen, wenn sie die Differenz zwischen der festgelegten Vergütung und dem Preis ihres bewährten Medikaments nicht bezahlen können. Ebenfalls kann die Neueinstellung auf das kostengünstigere Medikament mit zusätzlichen Kosten für die Betreuung von Nebenwirkungen oder Beratung zur Korrekten Einnahme generieren. ProRaris lehnt die vorgeschlagene Änderung aus den genannten Gründen ab.	[1]Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:
ProRaris	52b			Für Menschen, die auf ein Medikament angewiesen sind, das sich noch im Zulassungsverfahren befindet, ist es zentral, dass Medikamente ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic für sie verfügbar sind. ProRaris erwartet, dass Patientinnen und Patienten durch die Einführung der vorgeschlagenen Preismodelle zukünftig deutlich rascher neue Medikamente erhalten. Mit der Einführung eines Fonds, über den neue Medikamente während Preisverhandlungen bezahlt werden könnten, könnte ihre rasche Verfügbarkeit gewährleistet werden.	
ProRaris	52c			ProRaris unterstützt die Geheimhaltung der Höhe von	

				Rückerstattungen zum Schutz der Pharmaindustrie, wenn dadurch tiefere Preise ausgehandelt und der zeitnahe Zugang (direkt ab dem positiven Zulassungsentscheid von Swissmedic) zu neuen innovativen Therapien gefördert werden können.	
ProRaris	54			ProRaris lehnt Kostenziele für das OKP-Wachstum dezidiert ab, da die Gefahr besteht, dass demografisch bedingte Mehrkosten durch Rationierungen von Leistungen kompensiert werden. Sollte die Bestimmung beibehalten werden, müsste zumindest folgender Absatz 6 ergänzt werden: «Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge stellt er sicher, dass es keine Rationierungen von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt.»	Artikel streichen
ProRaris	54d			ProRaris bevorzugt klar die weniger verbindliche Variante von Art. 54d mit der Kann-Formulierung.	Kann-Bestimmung aufnehmen, falls Kostenziele eingeführt werden.
ProRaris	54e			Menschen mit seltenen Krankheiten, Behinderungen und chronischen Krankheiten können am besten beurteilen, welche Behandlungen und Medikamente ihre Lebensqualität verbessern. Ihr Einbezug in der Eidgenössischen Kommission für Kostenziele ist deshalb unabdingbar. ProRaris fordert deshalb, vier Vertretungen von Versicherten und Patientenorganisationen in der Kommission vorzusehen, davon mindestens zwei Personen, die selbst mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit leben und die Perspektive der Leistungsempfänger/innen in die Diskussion einbringen können. Um die Unabhängigkeit der Patientinnen- und Patientenvertretungen zu gewährleisten, ist die Kommissionsarbeit angemessen zu entschädigen. Sind Patientenorganisationen auf finanzielle Unterstützung von Pharmafirmen angewiesen, um ihr Erfahrungswissen und ihre Betroffenenkompetenz in solchen Gremien einzubringen, wird	Zusätzlicher Absatz [4]Mindestens 4 Personen vertreten die Perspektive der versicherten Personen sowie der Patientinnen und Patienten, wobei mindestens zwei Personen selbst aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung Patientinnen und Patienten sind.

				die Unabhängigkeit geschmälert. ProRaris regt zudem an, die Kommissionssitzungen zu protokollieren, um die Transparenz zu gewährleisten.	
ProRaris	IV	14		Kinder und Jugendliche haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anrecht auf medizinische Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Erwerbstätigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei Geburtsgebrechen, die in der GGL enthalten sind, übernimmt die IV ohne Rücksicht auf die spätere Erwerbstätigkeit alle medizinisch notwendigen Massnahmen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ist es essenziell, dass Behandlungen rasch erfolgen können und dass eine Behandlung im Zweifelsfall finanziert wird. Der Vorrang der kostengünstigen Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 E-KVG ist insbesondere auch für das IVG entschieden abzulehnen. Mit der Behandlung im Kindesalter werden wichtige Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben, für die gesellschaftliche Teilhabe und für die Erwerbstätigkeit gelegt. Die Zielsetzungen der Vergütungen von Behandlungen nach Art. 13 + 14 IVG unterscheiden sich somit wesentlich von den Zielsetzungen der OKP-Behandlungen. Die Offenheit für verschiedenste Behandlungsformen sollte in der IV unbedingt beibehalten werden. Dabei ist die Besonderheit von seltenen Krankheiten zu berücksichtigen, wie beispielsweise die kleineren Populationsgrösse welche sowohl Einfluss auf die statistische Auswertung als auch auf das Studiendesign haben könnten, der inhomogenen Patientengruppe und der damit verbleibenden Datenunsicherheiten bzw. -lücken. Hier ist auch zu erwähnen, dass die Revision der GG-Liste u.a. auch das Ziel verfolgt, weitere seltene Krankheiten, welche selbstverständlich die	Art. 14 Abs. 1 Bst. d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Habilitation und Rehabilitation; [4]Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die ~~persönlichen Verhältnisse~~ persönliche Lebenssituation der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

				vorgegebenen Kriterien erfüllen müssen, aufzunehmen. ProRaris lehnt deshalb eine Angleichung der IVG-Bestimmungen an die KVG-Regelungen, die auf Rehabilitation ausgerichtet sind, klar ab. ProRaris fordert, dass der Begriff «Habilitation» gemäss Art.26 UNO-Behindertenrechtskonvention in Art. 14 IVG übertragen wird. Die Formulierung in Abs. 4 ist für ProRaris nicht klar. Wir gehen davon aus, dass auf die persönliche Lebenssituation und nicht auf die finanziellen Verhältnisse Rücksicht genommen wird. ProRaris schlägt vor, die Bestimmung präziser zu formulieren.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : QualiCCare

Abkürzung der Firma / Organisation : QCC

Adresse : Rütistr. 3a

Kontaktperson : Astrid Czock

Telefon : 0565521201

E-Mail : czock@qualiccare.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 9

Weitere Vorschläge 16

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.QCC	Besten Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2). Der Verein QualiCCare entstand 2013 aus dem Projekt QualiCCare, welches mittels Auslandsvergleich die Lücken bei der Versorgung von Personen mit einer chronischen Krankheit wie Diabetes Typ 2 oder COPD im Multistakeholder-Ansatz entsprechende Massnahmen erarbeitet und umgesetzt hat.[1] Der interprofessionelle Verein ist weiterhin breit abgestützt mit 23 Mitgliedorganisationen aus allen Bereichen entlang der ambulanten Versorgungskette. Er fördert die patientenzentrierte, interprofessionelle und koordinierte Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen durch die interprofessionelle Erarbeitung von nationalen Qualitätskriterien und deren Implementierung in die Praxis. In Pilotprojekten wird die Umsetzung und der Nutzen der erarbeiteten Qualitätskriterien in der Praxis geprüft, wobei der Fokus auf die verbesserte Qualität und Koordination der Versorgung ist, was letztendlich zu einer Effizienzsteigerung führt, da es zu weniger Über-, Fehl- und Unterversorgung kommt. Heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer oder mehreren nichtübertragbaren Krankheiten (NCD). 80% der direkten Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht, wobei mehr als 50% der Kosten auf kardiovaskuläre, muskulo-skelettale und psychische Erkrankungen, Krebs, Lungenerkrankungen, Demenz und Diabetes entfallen.[2] Menschen mit einer oder mehreren nichtübertragbaren Krankheit(en) sind zudem stärker gefährdet, schwerer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken, was die Krankheitslast weiter erhöht und z.T. hohe Gesundheitskosten nach sich zieht.[3][4] Mit höherem Alter steigt auch die Anzahl chronischer Erkrankungen, und gerade multimorbide Patientinnen und Patienten bedürfen einer optimalen interprofessionellen und koordinierten Versorgung, um möglichst lange autonom bei guter Lebensqualität zu bleiben. QualiCCare befasst sich intensiv mit der Verbesserung der Versorgungsqualität und sieht gerade im Bereich der Koordination, der Prävention in der Gesundheitsversorgung und der Stärkung der Gesundheitskompetenz Handlungsbedarf.[5] Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen können das Auftreten von nichtübertragbaren Krankheiten verzögern oder abwenden, aber auch das Auftreten von Sekundärkomplikationen der zugrundeliegenden, chronischen Krankheit, wie z.B. Erblindung oder Fussamputationen bei Diabetes, verlangsamen oder gar verhindern.

[1] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/QCC-Bericht_Phase2_2013-09-30_klein.pdf (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)
[2] Wieser Simon et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht. Studie im Auftrag des BAG. Winterthur ZHAW
[3] Eszter P. Vamos et al. Effectiveness of the influenza vaccine in preventing admission to hospital and death in people with type 2 diabetes CMAJ 2016. DOI:10.1503 /cmaj.151059
[4] D. Beran, et al., Beyond the virus: Ensuring continuity of care for people with diabetes during COVID-19, Prim. Care Diab. (2020), https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.05.014
[5] https://qualiccare.ch/projekt (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

	Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Chancengerechtigkeit müssen sichergestellt sein. Wir sind für eine patientenzentrierte, interprofessionelle Koordination der Versorgung, adäquate Arbeitsbedingungen und gegen eine Erhöhung der Bürokratie und des administrativen Aufwands. Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. QualiCCare möchte darauf hinweisen, dass die gewählten Kostendämpfungsmassnahmen keineswegs die Versorgungsqualität mindern dürfen, denn mittel- und langfristig wäre eine günstigere Versorgung auf Kosten der Qualität kontraproduktiv. Um eine angemessene Versorgung auch in Zukunft sicherstellen zu können, ist die Implementierung von interprofessioneller koordinierter Zusammenarbeit und adäquater Arbeitsbedingungen aller im Gesundheitswesen tätigen Personen essentiell. Durch eine patientenzentrierte Verbesserung der Koordination kann die Versorgung wirtschaftlicher werden, doch darf es nicht zu einer Erhöhung der Bürokratie und des administrativen Aufwands kommen, welches wiederum die Wirtschaftlichkeit negativ beeinflussen würde.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	***Verhaltens und verhältnisprävention Massnahmen sowie Gesundheitsförderung führen mittel- und längerfristig zu einer effektiveren und nachhaltigen Kostendämpfung.*** Um den Herausforderung der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso mehr verwundert uns, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, Kosten kurzfristig zu dämpfen; Präventionsmassnahmen führen mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen jedoch verhältnisprävention Massnahmen

	zur Senkung der Gesundheitskosten bei: Die Lebensbedingungen und -qualität der Menschen (Arbeit, Wohnumgebung, soziales Umfeld, Umwelt) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. So wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast zu wenig kommuniziert und wahrgenommen.[6,7,8].
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	***Gesundheitskompetenz, Patient Empowerment und Selbstmanagement stärken um Kosten zu dämpfen.*** Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, sollten Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[9] In der Schweiz gibt es gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[10] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen. Dabei wird auch das Thema Finanzierungsmodelle prominent angesprochen, um eine nachhaltige Implementierung und Multiplikation im Erfolgsfall nach Projektende sicherzustellen.[11]
Fehler! Verweisquelle	

[6] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[7] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[8] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[9] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[10] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[11] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

konnte nicht gefunden werden.	***Interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit allen involvierten Akteure führt nachhaltig zur Kostendämpfung. Neue und innovative Modelle zulassen, denn sie können Setting-gerechte nachhaltige Lösungen aufzeigen.*** QualiCCare unterstützt die Förderung der koordinierten Versorgung sehr, denn unsere eigenen Projekte, sowie den Projekten im Rahmen des kantonalen Diabetesprogramm des Kantons Waadt[12] (2009-2019) zeigen, dass alle relevanten Akteure für die Versorgung chronisch kranker Patienten koordiniert zusammenarbeiten müssen, um nicht nur die Kosten im Gesundheitswesen, sondern auch die Krankheitslast der Patientinnen und Patienten langfristig (positiv) zu verringern. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate durch die strukturierte und interprofessionelle Versorgung von diabetischen Füssen im Kanton Waadt um 25% erreicht werden. Dies, mit einer entsprechenden Kostensenkung und besseren qualitativen Versorgung, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement im Rahmen des damaligen QualiCCare Projekts,[13] ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und deren Folgebehandlungen abzuwenden. Die entsprechenden KVV und KLV Änderungen waren vor kurzem in der Vernehmlassung. Derzeit erarbeitet QualiCCare mit 12 verschiedenen Berufsverbänden, die mit offenen diabetischen Fusswunden (sog. Ulzera) zu tun haben, Leitlinien, um eine rechtzeitige Weiterleitung des Patienten/der Patientin und optimale Versorgung sicherzustellen. Sowohl national als auch international ist die verzögerte Weiterleitung und suboptimale Versorgung von offenen Wunden einer der Hauptgründe für vermeidbare Amputationen. Zusammen mit der Umsetzung der Motion Fridez, welche die Prävention solcher Wunden verstärkt, können diese Massnahmen die hohen direkten und indirekten Kosten einer Amputation verhindern. Dieser interprofessionelle und partizipative Ansatz ist essentiell, um von allen Professionen getragen und umgesetzt zu werden, wobei es auch bei der Umsetzung eine gut funktionierende interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit braucht. Für eine gut funktionierende Koordination und interprofessionelle Zusammenarbeit bedarf es jedoch eines Umdenkens vieler Leistungserbringer, welche die Patientenbetreuung im herkömmlichen Stil praktizieren. Hierbei ist zu beachten, dass es keine Standardversion einer interprofessionellen Zusammenarbeit gibt, sondern dass sich die Teams selber konstituieren und dabei ihre Schnittstellen und Rollen gemeinsam definieren und zuordnen müssen. Auch kann sich ein solches Team je nach den Bedürfnissen des Patienten/der Patientin verändern. Insbesondere im Hinblick auf die demographischen Veränderungen der Bevölkerung mit immer mehr älteren und mehrfach erkrankten Personen und einem gleichzeitig steigenden Fachkräftemangel wird die koordinierte und interprofessionelle Versorgung unabdingbar. Je nach Versorgungsumfeld und Patientenbedürfnis bedarf es unterschiedlicher Formen der Zusammenarbeit und unterschiedlicher

[12] Hagon Traub I, Chinet L, Georges A, Schlüter V, Programme cantonal Diabète Vaud : Une réponse aux enjeux de sante publique lies aux maladies chroniques a l'échelle d'un canton; Rev Med Suisse 2020 ; 16 : 366-9

[13] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

	Berufsgruppen. So sieht eine koordinierte Versorgung im stationären Bereich anders aus als im ambulanten Bereich, wobei auch hier diverse Formen und Ausprägungen möglich sind. Im Spitalumfeld gilt es, koordiniert und interprofessionell mit den verschiedenen Abteilungen, welche die Patientin oder den Patienten betreuen, zu arbeiten. Ausserdem braucht es eine Koordination mit den ambulanten Betreuern, wobei die Schnittstellen zwischen stationär und ambulant gut geregelt sein müssen. So hat das Kantonsspital Winterthur gemeinsam mit den ortsansässigen unabhängigen Apothekern sowie Apothekenketten eine gemeinsame öffentliche, am Spital angesiedelte, Apotheke gegründet, in der die Patientinnen und Patienten ihre Austrittsrezepte einlösen können. Die Apotheke leitet sodann Medikationsplan und Rezept an die Stammapotheke und den Hausarzt der PatientInnen weiter. Eine solche interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen einerseits Spitalärzten, Apotheker und Hausärzte sowie stationären und ambulanten Leistungserbringern mit klaren Schnittstellen verbessert die Patientensicherheit und kann Medikationsfehler vermeiden. Im ambulanten Umfeld gibt es immer mehr Versorgungsformen mit einer All-in-One Lösung, welche die Gesundheitsversorgung aus einer Hand bietet. Dabei gibt es Gemeinschaftspraxen, welche unter einem Dach diverse medizinische Disziplinen, aber auch Therapeuten wie Physio-, Ergo- oder Psychotherapeuten Apothekerin/Apotheker, medizinische Praxiskoordinatorin / -koordinator, APN (Advanced Practice Nurse) und andere Akteure beherbergt. Eine andere Koordinationsform haben Ketten, welche neben Physiotherapie-, Zahnarzt- und Hausarztpraxen, Apotheken und Gesundheitszentren besitzen. Im städtischen Umfeld mit einem grossen Angebot an Leistungserbringern braucht es andere Versorgungsformen als in ländlichen Gegenden, in denen es lediglich eine Hausarztpraxis, eine Apotheke und eine Spitex hat. Koordinierte Versorgung bedeutet aber nicht nur eine Koordination unter den Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Gerade vulnerable Personengruppen wie Personen mit Migrationshintergrund, sozioökonomisch schlechter gestellte Personen oder Süchtige oder Suchtgefährdete, bedürfen oft auch einer Betreuung aus dem Sozialbereich, so dass hier ebenfalls die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination eine essentielle Rolle spielt, um die entsprechenden Patientinnen und Patienten effizient und sicher zu versorgen. Neue Formen der koordinierten Versorgung kommen immer wieder auf den Markt, doch bewährt sich langfristig nur, was den Patientennutzen erhöht, was die Effizienz bei den Akteuren verbessert und was finanziell attraktiv ist.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	***Wir bezweifeln, dass ein Obligatorium zur Erstberatungsstelle die erwartete Wirkung zeigt. Stattdessen birgt es zusätzliche bürokratische Hürden und bremst die Schaffung von interessanten neuen Modellen.*** Die Idee der Erstberatungsstelle im Sinne einer Triage kann nachgewiesenermassen kostendämpfend wirken.[14] Ob die Erstberatungsstelle gleichzeitig die Koordination der Behandlung übernimmt, sollte situativ entschieden werden können, denn je nachdem ob die Person chronisch krank ist und in regelmässiger ärztlicher Behandlung ist, oder ob es sich um einen akuten Krankheitsfall handelt, sind die Voraussetzungen für die Koordination unterschiedlich. Ebenso hängt es vom Krankheitszustand der chronischen Person an, denn bei einer Exazerbation einer Krankheit,

[14] https://www.polynomics.ch/fileadmin/polynomics/04_Dokumente/Polynomics_Working_Paper_201502.pdf (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

	wäre die temporäre Koordination durch einen Spezialisten effizienter. Grundsätzlich zweifeln wir jedoch daran, dass die Verpflichtung zu einer Erstberatungsstelle für alle Versicherten die erwartete kostendämpfende Wirkung haben wird. Wir warnen vor der Erstellung einer zusätzlichen bürokratischen Hürde. Schon heute haben sich über 70% der Versicherten für ein solches Modell entschieden, aber diese Freiwilligkeit sollte bestehen bleiben, denn die Versicherer sollten weiterhin flexible und innovative Modelle zur Kostendämpfung anbieten können.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. QCC	25	2	h und i	Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungs-massnahmen entlang des ganzen Betreuungspfads können bessere Ergebnisse bringen als Einzelmassnahmen. Wir begrüssen daher, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Ebenfalls begrüssen wir im erläuternden Bericht, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Wir schlagen die Änderung des Textes von Buchstabe i vor, da der Begriff ‘national oder kantonal organisierte Programme’ im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d, KVG ist. Der Text sollte entsprechend auch im erläuternden Bericht Seite 28 abgeändert werden. Für eine nachhaltige Kostendämpfung ist entscheidend, nicht nur	Textänderung: i. Leistungen, die im Rahmen ***von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht***

				Programme zur Behandlung oder Rehabilitation, sondern auch zur Prävention und Früherkennung (Screening) zuzulassen.	
	32	3		Wir sind nicht einverstanden, dass der Bundesrat weitreichende Delegationsnorm erhält, die Häufigkeit und den Umfang der periodischen Überprüfung der WZW Kriterien zu regeln. Wir warnen davor, die Überprüfungen nur nach dem Kostengünstigkeitsprinzip zu tätigen. Es ist essentiell, dass alle drei Kriterien gleichgewichtet berücksichtigt werden, um die nötige Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu garantieren. Qualität kann kurzfristig sogar Mehraufwand (Mehrkosten) generieren, wirkt sich aber mittel- bis langfristig stärker kostendämpfend aus. Die Wichtigkeit dieses Gleichgewichts zeigen auch die interprofessionelle Qualitätszirkel zwischen HausärztInnen und ApothekerInnen, welche ihre Verschreibungspraxis nach den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entscheiden und nachweislich eine deutliche Kostendämpfung[15,16] mit gleichzeitig hoher Versorgungsqualität und Patientenzentriertheit zeigen.	Text anpassen: Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, ~~namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.~~ wobei alle drei Kriterien stets gleichgewichtet berücksichtigt werden müssen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	33	3bis		Textanpassung analog zu Art. 25 Abs. 2 Buchstabe i mit der gleichen Begründung wie oben.	[..] Leistungen, die im Rahmen ***von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht [..]***
Fehler! Verweisquelle konnte nicht	35	2	o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer-Kategorie.	

[15] Niquille Charrière A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O; Impact des cercles de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription médicamenteuse entre 1999 et 2010; PrimaryCare 2012;12: no 2
[16] Bugnon O, Jotterand S, Niquille Charrière A, Ruggli M, Herzig L; Cercles de qualité médecins pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription; Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 1042-8

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	1		Wir unterstützen die Beschreibung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung. Dabei sollte das Netzwerk aber keine fixe Einheit bilden, sondern aus einem Kernteam sowie flexibel involvierbaren, weiteren Fachpersonen bestehen, je nach Patientenbedürfnis. Ein Netzwerk kann aus mehreren unabhängigen Einrichtungen (Praxen, Apotheken, Gesundheitsligen, Spitex, etc.) bestehen, die nicht am gleichen Ort sind. Ebenso ist es wichtig, dass der Patient, die Patientin entscheiden kann, wer für die Koordination zuständig ist. Die koordinierende Person muss auch bei Bedarf (Verschlechterung/Verbesserung des Krankheitszustandes) wechseln können, um die optimalen Versorgung sicherstellen zu können. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Insofern sollte der Text des erläuternden Berichts Seite 27, erster Abschnitt, entsprechend klarer sein, denn hier wird von einem Koordinationszentrum «unter einem Dach» gesprochen, was in der Praxis möglich ist, aber nicht ausschliesslich sein darf.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	36b	3	b	Insbesondere chronischen und multimorbide Patienten und Patientinnen brauchen ein Netzwerk an Fachpersonal, welche koordiniert miteinander arbeiten, da sie z.T. sehr unterschiedliche	Text anpassen und korrigieren (2x «das») b. das Fachpersonal, über welches ~~das~~ das Netzwerk ***mindestens*** verfügen muss.

werden.				Bedürfnisse und entsprechende Behandlungen brauchen. Insofern sehen wir den Abs. 3 Buchstabe b als Minimalanforderung und nicht als fixe Definition. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit dem aktiven Einbezug der Patientinnen und Patienten. Um die Gesundheitskompetenz zu fördern, ist der Einbezug des Patienten/der Patientin in seine Behandlung essentiell. Dies unterstützt auch das shared decisionmaking. Eine höhere Gesundheitskompetenz kann signifikant zur Kostendämpfung beitragen.	g. der Einbezug des Patienten/der Patientin im Sinne eines Shared Decisionmaking
	40a	1		Es sind schon 70% der Versicherten in einem entsprechenden alternativen Versicherungsmodell (Hausarzt-, Telemedizin-, Apothekenmodell, etc.). Wir bezweifeln, dass ein Obligatorium für die restlichen 30% hier den erwarteten Kostendämpfungseffekt bringt.	Text anpassen: Jede versicherte Person ~~muss~~ ***kann*** einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40a	3	a	Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei auch nichtärztliche Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[17] So triagieren schon heute viele Apothekerinnen und Apotheker ob eine Person an einen Arzt verwiesen werden sollte. Des Weiteren gibt es seit fast 5 Jahren mehrere Versicherungsmodelle, bei	Ergänzen durch Buchstabe d: Apothekerinnen und Apotheker mit Weiterbildung in Offizinpharmazie

[17] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

				denen die Patientinnen und Patienten zuerst in eine von ca. 400 Apotheken gehen müssen.[18,19] Die Grundversorger/innen sollten möglichst interprofessionell vernetzt sein. Wichtige Voraussetzung ist es, dass der Zugang zur Diagnose nicht verzögert werden darf. Auch bei nichtübertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. Es muss gewährleistet sein, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen zeitnah versorgt werden können.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40a	7	b	Der Versicherer sollte keine Erstberatungsstelle einem Versicherten zuweisen können, denn gerade sozioökonomisch schlechter gestellte Personen und Personen mit Migrationshintergrund könnten hier benachteiligt werden.	Streichen: ~~b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.~~
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40c	1		Entscheidend ist, dass angemessene Anreize für die Etablierung neuer Versorgungsmodelle geschaffen werden und genügend Flexibilität möglich ist. Pauschalabgeltungen für eine Erstberatung führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und	

[18] https://www.swica.ch/de/ueber-swica/portrait/medienmitteilungen/2015/medpharm (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)
[19] https://www.sympany.ch/de/privatkunden/grundversicherung/casamed-pharm.html und https://www.oekk.ch/de/privatkunden/angebote/grundversicherung/telemed-app-partnerapotheke (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

				Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40c	2		Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Leistungserbringer auch Anspruch auf die Pauschale hat, wenn keine Leistung erbracht wird. Dies ist keine kostendämpfende Massnahme und kann falsche Anreize setzen. So könnten gewisse Leistungserbringer nur Personen annehmen, welche gesund sind und keine Leistungen beanspruchen und die komplizierten, chronisch kranken Personen haben das Nachsehen. Der Satz muss entweder gestrichen werden, oder umformuliert, dass zumindest eine Dossierführung nachweisbar ist. Allerdings muss es dann unterschiedliche Pauschalen geben, eine zur Dossierführung und dann eine weitere für die Erstberatung	Den Abschnitt entweder streichen oder umformulieren. Es darf keine Pauschale geben ohne Inanspruchnahme einer Leistung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40d	1		Die freie Arztwahl muss immer, also auch bei einem Modell mit Erstberatungsstelle, gewährleistet sein.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	41a	1		Die freie Arztwahl muss gewährleistet sein. Schon heute schränken gewisse Versicherer die Wahl der Leistungserbringer stark ein. Dies ist gerade für Personen mit sozioökonomisch tieferem Status und Personen mit Migrationshintergrund benachteiligend, denn sie werden mit niedrigen Prämien gelockt und verstehen die Konsequenzen einer solchen Einschränkung oft nicht.	

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	42	3ter		Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ausserdem stärkt es das Kostenbewusstsein, die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Die Zusendung der Rechnung in Papierform, sollte nicht kostenlos sein. Dies ist heute auch bei anderen Branchen, wie im Bankwesen üblich und fördert die Kostensensibilität sowie das Umweltbewusstsein der Versicherten. Neben der Rechnungskopie sollte der Patient/die Patientin auch die Untersuchungsberichte automatisch erhalten, was die Gesundheitskompetenz und das Patient Empowerment stärkt. Dies ist das Recht eines jeden Patienten/jeder Patientin und auch im nahen Ausland Usus. Allerdings sollte auch Möglichkeit des Opt-out bei der automatischen Zustellung des Berichts bestehen. Für viele Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Entsprechende Unterstützungs- und Förderangebote - auch für bildungsferne Schichten könnten die neutralen Patientenorganisationen sowie die von der GELIKO derzeit in Projektphase stehende Organisation einer regionalen Anlaufstelle (REAS) anbieten.	Wort streichen: Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr ~~kostenlos~~ in Papierform.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54ff			Zu den Kostenzielen ist zu sagen, dass die Erfahrungen aus dem Ausland eher gegen die Festlegung von Kostenzielen sprechen. Diese Massnahme kann die Qualität der Versorgung massiv vermindern, was wiederum eine sehr kurzfristige Sichtweise der Kostendämpfung ist. Statt Kostenziele zu definieren, sollte der Fokus auf Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen gelegt werden, denn diese sind zu wenig im Schweizer Gesundheitswesen verankert	

				und diese werden leider bei Kostensparmassnahmen als Erste abgeschafft. Will man mittel- und längerfristig die Kosten dämpfen bei gleichzeitiger Berücksichtigung des demographischen Wandel und des medizinisch-technologischen Fortschritts, braucht es keine Kostenziele, sondern aktive Mitarbeit aller Stakeholder in der Verbesserung der Koordination und Qualität der Versorgung, der Digitalisierung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung, wobei letztere nicht nur im Aufgabenbereich des Gesundheitswesens liegt, denn Umweltfaktoren sind ein wichtiger Treiber von Gesundheitskosten.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Rare Disease Action Forum
c/o SFL Regulatory Affairs
& Scientific Communication GmbH
Aeschenvorstadt 52/54 | CH-4051 Basel
Tel: +41 61 361 94 43,
info@rda-forum.org, www.rda-forum.org

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch

Basel, 16. November 2020

Stellungnahme des Rare Disease Action Forum (RDAF) im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
- Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Rare Disease Action Forum begrüsst die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2). Im Folgenden finden Sie unsere Stellungnahme zu einzelnen vom Bundesrat vorgeschlagenen Gesetzesänderungen, welche Auswirkungen auf das Leben von Patienten mit seltenen Krankheiten haben.

1. *Invalidenversicherung (IV): Analoge oder gleichgerichtete Ausgestaltung wie im KVG betreffend die Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und die Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung gemäss den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, den sog. WZW-Kriterien (Art. 14 und Art. 14ter VE-IVG[1])*

   Eine Annäherung der IVG an die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bezüglich Arzneimittelliste hat potenziell grosse Auswirkungen auf Menschen mit seltenen Krankheiten.

   Im Generellen wird ein Kompetenzzentrum zur Festlegung von Medikamentenpreisen und ein strukturierter Prozess für die Preisfestlegung und Führung einer Arzneimittelliste im

[1] Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung

IVG begrüsst. Auch die Möglichkeit vertraulicher Preismodelle für Arzneimittelvergütung im IVG-Bereich ist ein positiver Schritt, der den Patientenzugang zu Therapien beschleunigen könnte.

Es ist aber festzuhalten, dass **bei der Umsetzung die speziellen Begebenheiten bei seltenen Krankheiten berücksichtigt werden müssen**, insbesondere dass

- 80% von ca. 6'000 bis 8'000 seltener Krankheiten genetischen Ursprungs sind;
- 75% der seltenen Krankheiten im Kindesalter diagnostiziert werden und
- 50% der Kinder vor Erreichen des 5. Lebensjahrs sterben.

Seltene Krankheiten sind per Definition chronisch invalidisierend oder lebensbedrohlich.

Eine Beurteilung der WZW-Kriterien bei Medikamenten für seltene Krankheiten muss sich vor diesem Hintergrund von der Beurteilung im KVG-Bereich unterscheiden. Dies belegen auch folgende Umstände:

- Kleinere Populationsgrössen, welche sowohl Einfluss auf die statistische Auswertung als auch auf Studiendesigns haben können [grosse Phase III bzw. kontrollierte Studien (insb. «head-to-head») sind schwierig oder unmöglich durchzuführen];
- Inhomogene Patientengruppen;
- Oftmals Fehlen spezieller pädiatrischer Studien sofern es sich nicht reine «Kinderkrankheiten» handelt; und
- Verbleibende Datenunsicherheiten bzw. -lücken, die oft erst durch Erfassung von «Real-World Evidence» zu schliessen sind.

Bei der IV ist der Eingliederungsgedanke, respektive die Rehabilitation, zentral, d.h. es werden auch indirekte Kosten / Folgen einer Krankheit (auf Angehörige, Ausbildung/Beruf, Gesellschaft) berücksichtigt, wohingegen das KVG den Fokus auf Behandlungs- und Therapiekosten unter Vernachlässigung sozioökonomischer Kosten ausrichtet. Aus dem Vorschlag des Bundesrates geht nicht hervor, wie dieser Punkt bei einer Annäherung ausgestaltet wird, sodass dem (Wieder-) Eingliederungsgedanken der IV weiterhin Rechnung getragen wird.

Wir möchten betonen, dass es speziell bei seltenen Krankheiten wichtig ist, dass für die Betroffenen und deren Angehörigen auch die indirekten Kosten der Erkrankung berücksichtigt sind und der Zugang zu Therapien möglichst rasch erreicht werden kann. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im Hinblick auf die Eingliederung und den Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten zu beurteilen. Der Grundsatz der Kostengünstigkeit ist hier, wie auch im KVG (vgl. Ablehnung von Art. 32 Abs. 3 VE-KVG), nicht zielführend. Ausgaben für Therapien sind nicht nur Kosten, sondern auch Investitionen in die Gesundheit und können die Lebensbedingungen der Betroffenen und deren Angehörigen substanziell verbessern. Sie können zu Einsparungen anderer Leistungen im Sozialversicherungswesen führen, wie zum Beispiel einem tieferen Bedarf an Unterstützungsgeldern. Des Weiteren können sie es z.B. ermöglichen, dass die Betroffenen oder deren Angehörige wieder vermehrt im Sozial- und Berufsleben aktiv werden und somit keine resp. geringere (Lohn-) Einbussen haben.

Schliesslich muss der reibungslose Übergang von allen Leistungen, inkl. der Geburtsgebrechen-Medikamentenliste, zu einer neuen Liste und in den KVG-Bereich (also beim Übergang von IV- zu von der OKP finanzierten Leistungen nach vollendetem 20. Altersjahr) ohne Unterbruch gewährleistet werden.

2. *Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Kostenwachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll (Art. 54, Art. 54a-e VE-KVG)*

Der Einführung von Zielvorgaben für das maximale OKP-Wachstum ohne spezifische Regelungen für Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten steht das RDAF äusserst kritisch gegenüber.

Obwohl Behandlungskosten für einzelne Patienten auf den ersten Blick hoch ausfallen können, beträgt der Anteil der Kosten von Medikamenten für seltene Krankheiten an den gesamten Arzneimittelausgaben lediglich 3% (insgesamt tragen Arzneimittel «nur» 13% zu den gesamten Gesundheitskosten bei).[2] Aus heutiger Sicht ist auch in Zukunft nicht von einer «Kostenexplosion» im Bereich seltener Krankheiten auszugehen. Die Kostenstruktur und –verteilung von Medikamenten im Bereich seltener Krankheiten schwankt überdies stark, was jährliche Zielvorgaben auf nationaler Ebene [und erst recht auf kantonaler Ebene] nicht erfassen können.

Zielvorgaben widersprechen dem Anspruch auf Förderung von Innovation und auf einen fairen und gleichen Zugang zu einer Behandlung, der unter anderem ein zentraler Punkt des Nationalen Konzepts Seltene Krankheiten[3] ist.

Wir befürchten, dass Zielvorgaben für die Kostenentwicklung im OKP-Bereich die Entwicklung von neuen Therapieoptionen bremsen könnten, was den ohnehin schwierigen Zugang zu einer Behandlung für Patienten mit seltenen Krankheiten noch weiter erschwert. Dabei hält die Forschungstätigkeit in diesem Bereich grosses Potential für Innovationen bereit. Zielvorgaben könnten zu Rationierungserscheinungen und Qualitätsverlusten führen.

Aus diesen Gründen lehnen wir die Einführung einer Zielvorgabe für das OKP-Kostenwachstum für Medikamente mit einem «orphan drug status» (per Definition «wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten»[4] ab.

---

[2] Gesundheitswesen Schweiz 2019, Interpharma, https://www.interpharma.ch/wp-content/uploads/2020/02/gesundheitswesen_schweiz_2019_d-komprimiert.pdf

[3] Schweizer Nationales Konzept Seltene Krankheiten, siehe auch https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/seltene-krankheiten/nationales-konzept-seltene-krankheiten.pdf.download.pdf/Konzept%20Seltene%20Krankheiten.pdf

[4] Art. 4-7 Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die vereinfachte Zulassung von Arzneimitteln und die Zulassung von Arzneimitteln im Meldeverfahren (VAZV)

3. *Einführung einer Erstberatungsstelle, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden (Art. 40a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41, Art. 41a VE-KVG)*

   Die Einführung einer Erstberatungsstelle kann die ohnedies schon lange Zeit bis zur Diagnose bei seltenen Krankheiten verlängern und zu Krankheitsprogression sowie irreversiblen Schäden führen.

   Generell unterstützt das RDAF die Stärkung einer koordinierten Versorgung von Patientinnen und Patienten. Dies ist auch speziell für Betroffene einer seltenen Krankheit wichtig, da insbesondere eine zeitnahe Diagnosestellung und die Einleitung der richtigen Massnahmen für den weiteren Verlauf der Erkrankung von grösster Bedeutung sind. Verzögerungen bei Diagnose und/oder Behandlung können zu Krankheitsprogression und damit einhergehend zu irreversiblen Schäden führen. Die gezielte koordinierte Versorgung durch Referenzzentren und Netzwerke ist ein wesentlicher Bestandteil des Nationalen Konzepts für Seltene Krankheiten.

   Das Obligatorium der Erstberatungsstelle und die mit ihr einhergehende Einschränkung der Wahlfreiheit bei medizinischen Leistungen erscheint, ist jedoch zu hinterfragen. Eine Mehrheit der OKP-Versicherten ist bereits in einem alternativen Versicherungsmodell mit entsprechenden Prämienaufschlägen versichert. Seltene Krankheiten sind meist genetischen Ursprungs, und betroffene Familien werden oft schon über einen Spezialisten betreut – eine zusätzliche vorgelagerte Konsultation einer Erstberatungsstelle ergibt in solchen Fällen keinen Sinn und kann wertvolle Zeit kosten. Wichtig ist, dass Diagnose und nachfolgende Behandlungsschritte für die Patientinnen und Patienten optimiert sind.

   Bei einer Anpassung im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 ist darauf zu achten, dass Patientinnen und Patienten mit einer seltenen Krankheit nicht noch später als ohnedies schon zu einem Referenzzentrum für seltene Krankheiten weitergeleitet werden und es bei einer allfälligen Einführung einer Erstberatungsstelle (und damit ggf. die Verhinderung einer Zweitmeinung) zu keinen weiteren Verzögerungen in der Diagnosestellung oder Genanalyse kommen wird.

4. *Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien (Art. 32 Abs. 3 VE-KVG)*

   Einer generell verschärften Prüfung auf die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie dem Fokus auf eine möglichst

kostengünstige Vergütung ohne Berücksichtigung der speziellen Umstände seltener Krankheiten und deren Therapien steht das RDAF kritisch gegenüber.

Wie in Abschnitt 1 bereits erwähnt, kann sich die Beurteilung von Medikamenten für Seltene Krankheiten auf WZW-Kriterien auf Grund der folgenden Punkte schwierig gestalten:

- Kleinere Populationsgrössen, welche sowohl Einfluss auf die statistische Auswertung als auch auf Studiendesigns haben können;
- Inhomogene Patientengruppen;
- Oftmals Fehlen spezieller pädiatrischer Studien; und
- Verbleibende Datenunsicherheiten bzw. -lücken.

Eine ausschliessliche Berücksichtigung des Kostengünstigkeitsprinzips führt zu einer Nichtberücksichtigung der Einsparung sozioökonomischer Kosten, wobei gerade durch den Einsatz von Orphan Drugs hier ein enormer Einsparungsgewinn möglich ist.

Durch die Einführung einer «differenzierten» WZW-Prüfung im Zusammenhang mit dem Kostengünstigkeitsprinzip in der Arzneimittelpreis-Bestimmung erhöht sich die Unsicherheit für Patienten, sowie der administrative Aufwand aller Beteiligten. Dies schwächt den Zugang der Patienten zu Innovationen, da Anreize, neue Medikamente möglichst rasch auf den Schweizer Markt zu bringen, durch den Verlust an Planbarkeit reduziert werden. Dies wäre besonders für Patienten mit einer seltenen Krankheit nachteilig, da diese dringend auf Innovationen angewiesen sind. Derzeit steht lediglich für 5% aller seltenen Krankheiten eine Therapieoption zur Verfügung.

Die Delegationsnorm Art. 32 Abs. 3 VE-KVG reicht jedoch über Medikamente hinaus und will für alle OKP-Leistungen dem Ziel einer möglichst kostengünstigen Vergütung bei der Prüfung der WZW-Kriterien Vorrang einräumen. Damit würde der Nutzen für Patienten, für das Gesundheitswesen, für andere Sozialversicherungen und für die Gesellschaft in den Hintergrund treten. Das schädigt die Qualität des Gesundheitswesens und hemmt die Innovation für die Verbesserung von Behandlungen, welche unheilbare Krankheiten lindern oder gar heilen könnten.

Eine Preisfestsetzung, die den Nutzen neuer Medikamente für seltene Krankheiten und das Nutzen-Kosten-Verhältnis nicht berücksichtigt, lehnt das Rare Disease Action Forum grundsätzlich ab. Bei einer Nutzenbewertung sind Expertenmeinungen und auch die Sicht der Patienten, speziell im Bereich der seltenen Krankheiten, ein wichtiger Punkt, welcher in eine Bewertung miteinfliessen sollte. Das Kostengünstigkeitsprinzip untergräbt die Planbarkeit und verzögert den Zugang zu Innovationen. Die ohnehin bereits zugespitzte Zugangsproblematik würde weiter verschärft und die Versorgungssicherheit in der Schweiz speziell auch im Bereich seltener Krankheiten noch stärker unter Druck gesetzt, da Firmen den Zugang von Innovationen in der Schweiz depriorisieren könnten. Dies könnte zu einer ungewünschten Verschiebung zum administrativ aufwändigen, ungleichen resp. unsicheren Zugang im Einzelfall über den Artikel 71a-d KVV[5] führen. Die Patienten und ihre Angehörigen

[5] Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

müssten sich ständig Sorgen machen, ob ihre Behandlung genehmigt bzw. verlängert wird oder nicht, was eine grosse psychische Zusatzbelastung darstellt und zu Therapieunterbrüchen oder -abbrüchen führen kann.

Das Kostengünstigkeitsprinzip missachtet den Bedarf nach neuen Therapieoptionen und den Nutzen von Innovation systematisch und ist deshalb mit einem nachhaltigen Zugang der Patienten mit seltenen Krankheiten zu innovativen Behandlungen nicht vereinbar. Dies entspricht nicht einem Innovationsstandort wie der Schweiz. Bereits heute erhalten Patienten mit seltenen Krankheiten im europäischen Ausland oft besseren Zugang zu neuen Therapien als in der Schweiz[6].

5. *Vertrauliche Preismodelle für hoch innovative Medikamente (Art.18 Abs. 2^{septies}, Art. 52b, Art. 52c VE-KVG)*

Das RDAF begrüsst die Einführung der Option neuer Preismodelle, da diese für Medikamente im Bereich seltener Krankheiten wichtig sein werden – im speziellen auch für Regelung von sog. Advanced Therapy Medicinal Products (ATMPs)[7]

Generell unterstützt das RDAF die Schaffung von Rahmenbedingungen für neue Preismodelle, sofern diese an einen schnelleren Zugang zu Therapien gekoppelt sind.

Preismodelle müssen den Nutzen einer Behandlung berücksichtigen. Sie dürfen nicht als einfache Möglichkeit der Preisreduzierung herangezogen werden, sondern sollen dazu dienen, den Zugang bei allfälligen erhöhten Unsicherheiten bezüglich der Wirksamkeit (z.B. aufgrund der Datenlage von klinischen Studien mit wenigen bzw. inhomogenen Patienten) möglichst rasch zu ermöglichen. Um Preismodelle erfolgreich etablieren zu können, ist die Vertraulichkeit ein unabdingbarer Faktor, welcher unbedingt eingehalten werden muss.

Für innovative Therapien, die oft auch im Bereich der Seltenen Krankheiten entwickelt werden, sind flexible und praktikable Lösungen gefragt. Diese sollen in einer ersten Phase nach der Zulassung z.B. über risk-sharing-Modelle einen schnellen Zugang für Patientinnen und Patienten zu neuen Behandlungsoptionen ermöglichen.
Auch sollten weitere Modelle diskutiert werden, welche einen schnellen Zugang zu ATMPs ermöglichen. Speziell bei transformativen Therapien, welche potenziell nur einmal angewendet werden (Bsp. Gentherapien), müssen gemeinsam mit allen Stakeholdern gangbare Lösungen erarbeitet werden.

---

[6] Patients W.A.I.T. indicator 2019 – IQVIA

[7] Als Arzneimittel für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMPs) werden in der Europäischen Union iSd der Verordnung (EG) Nr. 1394/2007 drei Klassen von Arzneimitteln verstanden: somatische Zelltherapeutika, Gentherapeutika oder biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte. Obwohl diese Therapien unterschiedliche Ansätze wie personalisierte (Zelltherapeutika: ein für einen bestimmten Patienten entwickeltes Medikament) oder nicht personalisierte (Gentherapeutika: das gleiche Medikament für alle Patienten) Medikamente haben und in unterschiedlichen Settings (stationär und ambulant) eingesetzt werden, sind sie alle hoch innovativ und werden den Patienten neue, wichtige Behandlungsoptionen eröffnen.

Bei einer befristeten Zulassung oder Erstattung soll bei einer späteren Überprüfung die Möglichkeit bestehen, die neue Datenlage zu honorieren. Ein schneller Zugang mittels vorläufiger Daten sollte nicht von Anfang an zu einem «irreversiblen» Preis führen. Diesem Punkt muss in der Ausgestaltung der Verordnungen Rechnung getragen werden.

6. *Elektronische Rechnungsstellung (Art. 47b VE-KVG)*

   Das RDAF begrüsst die Einführung einer elektronischen Rechnungsübermittlung, weist aber darauf hin, dass diese den Standards des Datenschutzes entsprechen müssen.

7. *Daten der Versicherer (Art. 21 VE-KVG)*

   Digitalisierung und koordinierte Datenerhebung (in Form von nationalen Registern) ist gerade bei seltenen Krankheiten ein wichtiger Punkt.

   Das RDAF fordert einen breit abgestützten, strukturierten Dialog unter Leistungserbringern, Technologieanbietern und Versicherern, mit dem Ziel der Einrichtung eines gemeinsamen Plans zur Förderung einer verantwortungsvollen Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten. Im Speziellen fordern wir die (auch finanzielle) Unterstützung von nationalen Registern im Bereich seltene Krankheiten.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Kommentare zur Vernehmlassung und stehen gerne für Rückfragen und weitere Gespräche zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Shayesteh Fürst-Ladani

Präsidentin

Über das Rare Disease Action Forum:

Das Rare Disease Action Forum ist eine gemeinnützige Multi-Stakeholder-Organisation in der Schweiz, dessen Ziel es ist, das Leben von Patienten mit seltenen Krankheiten zu verbessern. Unser einzigartiger kooperativer Ansatz bietet Experten auf dem Gebiet seltener Krankheiten eine Plattform für einen ganzheitlichen Austausch von Ideen und der Erarbeitung gemeinsamer Ansätze um Patienten den Zugang zu Diagnose, Behandlung und Pflege zu erleichtern. Das RDAF setzt sich zusammen aus Mitgliedern von Patientenorganisationen, Spitälern, Forschungsorganisationen, Industrie und Gesundheitsexperten.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Fachverband Mütter- und Väterberatung

Abkürzung der Firma / Organisation : SF MVB

Adresse : Effingerstrasse 2, 3011 Bern

Kontaktperson : Anna Frey, Geschäftsleiterin

Telefon : 062 511 20 11

E-Mail : frey@sf-mvb.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 7

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 8

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Der Schweizerische Fachverband Mütter- und Väterberatung (SF MVB) vertritt gesamtschweizerisch die Anliegen der Mütter- und Väterberatung und setzt sich für Qualität und Professionalität im Fachbereich ein. Die Mütter- und Väterberatung ist ein niederschwelliges, in allen Kantonen etabliertes Beratungsangebot der Prävention und Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit. Sie steht Eltern und Erziehungsberechtigten von Kindern ab der Geburt bis zum 5. Geburtstag offen. Im Folgenden nehmen wir zu zwei zentralen Aspekten im Zusammenhang mit dem Kostendämpfungspaket 2 Stellung.
	Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit als kostendämpfende Massnahme Die Vorlage des Bundesrats sieht Massnahmen zur Stärkung der koordinierten und interprofessionellen Versorgung im Gesundheitswesen vor. Dies ist zu begrüssen. Die breite, interdisziplinäre und institutionalisierte Vernetzung von Leistungen, auch der Prävention und Gesundheitsförderung, steigern die Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen. Als niederschwelliges, polyvalentes Angebot mit Triage- und Vernetzungscharakter weiss die Mütter- und Väterberatung um die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer gehören zu den wichtigsten interprofessionellen Partnern der Mütter- und Väterberatung, insbesondere die Pädiaterinnen und Pädiater sowie die Hebammen. Gleichzeitig sind die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und anderen Akteuren, wie der Mütter- und Väterberatung, noch ausbaufähig. Der Begriff der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen von Netzwerken und Programmen im Gesundheitswesen muss breit gedacht und definiert werden. Im Kostendämpfungspaket muss daher auch die Bedeutung von Netzwerken und interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen OKP-Leistungserbringern und weiteren Akteuren berücksichtigt werden.
	Niederschwellige Prävention und Gesundheitsförderung als kostendämpfende Massnahme «Ein gesunder Start ins Leben ist eine entscheidende Voraussetzung für ein gesundes Erwachsenenleben.» So halten es der Bundesrat in der Strategie Gesundheit 2030 und das Bundesamt für Gesundheit in seinem Konzept zur Prävention und Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit fest. Der Expertenbericht vom 24.08.2017, der dem Kostendämpfungspaket 2 zugrunde liegt, stellt den nachhaltigen Kostendämpfungs-Effekt von Prävention und Gesundheitsförderung in Frage und sagt aus, diese Massnahmen wirkten nur indirekt. Dabei weisen viele Studien die Wirksamkeit früh ansetzender Präventionsmassnahmen nach. Viele Beschwerden, wie Allergien, Atemwegserkrankungen oder Karies, und Ernährungs- und lebensstilassoziierte Erkrankungen finden oft schon in der Kindheit ihren Ursprung. Prävention und Gesundheitsförderung haben gerade in der frühen Kindheit gewichtige und nachhaltige Effekte auf die gesunde physische und psychische Entwicklung und auf die Vermeidung nichtübertragbarer Krankheiten. Prävention, Früherkennung und Frühintervention sind effektiv und reduzieren Folge- und Mehrkosten im Gesundheitswesen.

	Im Frühbereich, in den entscheidenden ersten Lebensjahren des Kindes, nimmt die Mütter- und Väterberatung eine zentrale Rolle als niederschwellige erste Anlaufstelle rund um die Gesundheit und Entwicklung des Kindes ein. Es wird dadurch zweifellos ein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet: Es werden Folgekosten vermieden (z.B. von Übergewicht, Bewegungsmangel, psychischen Erkrankungen), Interventionen werden nicht auf andere Institutionen verlagert und die OKP-Leistungserbringer, namentlich die Pädiaterinnen und Pädiater, werden entlastet. Damit werden letztlich auch die Prämienzahlenden entlastet. In diesem Sinne fordern wir auch, dass die koordinierende, präventive und kostendämpfende Rolle der Mütter- und Väterberatung bei den Bestrebungen des Bundesrats für die Senkung der Kosten im Gesundheitswesen stärker berücksichtigt wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Gehörlosenbund

Abkürzung der Firma / Organisation : SGB-FSS

Adresse : Räffelstrasse 24, 8045 Zürich

Kontaktperson : Viktoria Würtz

Telefon : +41 44 315 50 40

E-Mail : rechtsdienst@sgb-fss.ch

Datum : 30.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 12

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Der SGB-FSS ist ein nationaler Dachverband, der sich dafür einsetzt, dass Zugangsbarrieren für Menschen mit einer Hör- und Hörsehbehinderung abgebaut, dass sie gleiche Rechte und Chancen erhalten und dass die drei Landes-Gebärdensprachen (Deutschschweizerische Gebärdensprache (DSGS), Französische Gebärdensprache (LSF) und Italienische Gebärdensprache (LIS)) in der Schweiz gesellschaftlich und rechtlich anerkannt werden. Damit verfolgt er die vollständige Gleichstellung und Nichtdiskriminierung von Menschen mit Hör- und Hörsehbehinderung und deren Inklusion. Er sorgt für ein professionelles Angebot von Leistungen für die Zielgruppe von Menschen mit einer Hör- und Hörsehbehinderung, und der Kollektivmitglieder. Der SGB-FSS setzt sich als Experte und Interessenvertreter für die konsequente Verbreitung des bilingualen (und multilingualen) Spracherwerbs (Gebärdensprache und gesprochene / geschriebene Sprache) als Voraussetzung für die volle Inklusion aller gehörlosen, hör- und hörsehbehinderten Menschen in der Schweiz ein. Er tritt dafür ein, dass die schweizerischen Gebärdensprachen in allen Lebensbereichen gleichwertig wie die offiziellen Landessprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Rätoromanisch behandelt werden.
	Der SGB-FSS musste feststellen, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Hör- und Hörsehbehinderung bei der Einführung einer Erstberatungsstelle nicht berücksichtigt werden. Sehr oft haben die Leistungserbringer Finanzierungsproblemen bei der Abrechnung der Gebärdensprachdolmetscherkosten, da in den Tarifen die Finanzierung von Gebärdensprachdolmetscher-Leistungen nicht vorgesehen sind. Die Gebärdensprachverdolmetschung ist eine grundlegende Voraussetzung jeglicher Kommunikation mit gehörlosen und hörbehinderten Patient*innen und deren Behandlung. Die Regelungen zur Einführung einer Erstberatungsstelle und zur Vergütung von Leistungserbringern müssen den Verpflichtungen aus der UNO-BRK und dem Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) Rechnung tragen. Gemäss Art. 25 Buchstabe a der UNO-Behindertenrechtskonvention (UNO-BRK) muss die Schweiz Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung stellen wie Menschen ohne Behinderungen. Es muss garantiert werden, dass Anbietende von Gesundheitsdienstleistungen dafür sorgen, dass ihre Dienste hindernisfrei zur Verfügung gestellt werden. Es muss sichergestellt werden, dass Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Dienstleistungen für sämtliche Gruppen von Menschen mit Behinderungen **hindernisfrei ohne Kommunikationsbarrieren insbesondere durch die Übersetzung in Gebärdensprache zugänglich sind**. Bei staatlichen Grundleistungen (wie z.B. Gesundheitsleistungen) müssen die Leistungen in Gebärdensprache zur Verfügung gestellt werden. Dies ergibt sich aus Artikel 8 Absatz BV und Artikel 8 in Verbindung mit Artikel 11 Behindertengleichstellungsgesetz sowie unmittelbar aus Artikel 5 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 2 UNO-BRK. Wie auch in der Strategie "Gesundheit 2020" des Bundes festgehalten, sollen "Menschen in unserem Land mit ihrer Gesundheit kompetent und verantwortungsbewusst umgehen können, und unser bewährtes Gesundheitssystem soll qualitativ hochstehend, finanzierbar und für alle zugänglich bleiben.“ Insbesondere werden folgende Handlungsfelder hervorgehoben: Die Gesundheitschancen der verletzbarsten Bevölkerungsgruppen

	verbessern und ihre Risiken minimieren •Wachstum der Gesundheitskosten dämpfen und ihre Finanzierung und die Solidarität zwischen den Bevölkerungsgruppen sichern •Selbstverantwortung und die Gesundheitskompetenz der Versicherten beziehungsweise der Patienten/-innen im Gesundheitssystem stärken **Immer noch erfährt der Rechtsdienst des SGB-FSS von Leistungserbringern, die sich weigern, Gebärdensprachdolmetscher für gehörlose Patient*innen beizuziehen und zu finanzieren. Diese Situation wird sich durch die Einführung von Erstberatungsstellen und deren Pauschal-Vergütung zusätzlich verschlechtern.**
	In der Schweiz ist der Zugang zur medizinischen Grundversorgung für Menschen mit Behinderungen, insbesondere für gehörlose und schwerhörige Patient*innen immer noch eingeschränkt. Im Bericht des Bundesrats zur schweizerischen Behindertenpolitik werden beim Zugang zur medizinischen Grundversorgung Defizite aufgezeigt: Statistische Daten zeigen, dass der Zugang zu Dienstleistungen von Menschen mit Behinderungen öfter als schwierig oder sehr schwierig angegeben wird (34%) als vom Rest der Bevölkerung (24%). Am schwierigsten wird dabei der Zugang zur medizinischen Grundversorgung (19% vs. 11%) eingeschätzt (Bericht Behindertenpolitik des Bundesrats vom 9. Mai 2018, S. 21 mit Verweis auf Daten des BFS). Diese Feststellungen treffen mit Sicherheit auch auf gehörlose Personen zu. Kommunikationsbarrieren stellen ein grosses Problem für gehörlose und schwerhörige Patient*innen dar. Im Gegensatz zur weitverbreiteten Annahme, dass gehörlose Personen alles von den Lippen ablesen können, ist ihre tatsächliche Kommunikationsform die Gebärdensprache. Die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal erfolgt oft nicht direkt, sondern über Mediatoren. Mediatoren können beispielsweise professionelle Gebärdensprachdolmetschende oder Familienmitglieder sein. Insbesondere die Unterstützung durch Familienmitglieder ist nicht angemessen und übermässig belastend für alle Parteien. Insbesondere wird durch den grossen Einfluss der Familienangehörigen die eigene Entscheidfindung beeinträchtigt und die Neutralität kann nicht gewährleistet werden. Des Weiteren wird dadurch auch der Informationsfluss und die inhaltliche Richtigkeit der Informationen gefährdet. Der SGB-FSS unterstützt prinzipiell das Hinzuziehen von Gebärdensprachdolmetschenden, bevorzugt aber die direkte Kommunikation durch gebärdensprachkompetentes Gesundheitspersonal. Der Bericht Behindertenpolitik des Bundesrates vom 9. Mai 2018, S. 31 stellt fest: „Gesundheitliche Chancengleichheit setzt einen diskriminierungsfreien Zugang zu den Gesundheitsleistungen und zur medizinischen Versorgung voraus. Für Menschen mit Behinderungen müssen dieselben Qualitätsstandards der Gesundheitsversorgung gewährleistet sein wie für die übrige Bevölkerung. Eine gute Gesundheitsversorgung durch bedarfsgerecht ausgebildetes Gesundheitspersonal, der barrierefreie Zugang zu Spitälern und anderen öffentlichen Orten sowie eine barrierefreie Kommunikation der Gesundheitsinformationen müssen sichergestellt sein. Menschen mit Behinderungen sind auf Gesundheitsleistungen angewiesen, die ihren spezifischen Bedürfnissen entsprechen und erschwinglich sind.“ Die oben ausgeführten verfassungsrechtlichen und internationalen Verpflichtungen zur Zugänglichkeit der Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen wurden im Erläuternder Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) im Kapitel 6.6.1 über die Verfassungsmässigkeit, und im Kapitel 6.6.2 über die Vereinbarkeit mit

	internationalen Verpflichtungen der Schweiz (S. 93) leider nicht berücksichtigt.
	Der SGB-FSS fordert, dass der barrierefreie Zugang zu Erstberatungsstellen und dessen Finanzierung sowie die barrierefreie Kommunikation der Gesundheitsinformationen sichergestellt werden. Es muss derselbe Zugang zur Gesundheitsversorgung für gehörlose und schwerhörige Patient*innen gewährleistet werden wie für die übrige Bevölkerung. Die Zugänglichkeitsleistungen (wie die Kommunikation durch einen Gebärdensprachedolmetscher) müssen bei der Entschädigung der Erstberatungsstelle berücksichtigt werden.
	Die Erstberatungsstellen müssen sicherstellen, dass Patientin mit einer Hörbehinderung sie barrierefrei kontaktieren können. Das bedeutet für Menschen mit einer Hörbehinderung die Möglichkeit sich nicht nur per Telefon sondern auch per E-Mail, SMS oder mit einer Chat-Funktion anmelden zu können. Bei der Erstberatung muss das Gespräch durch einen Gebärdensprachdolmetscher barrierefrei gestaltet werden. Dabei bedeutet der barrierefreie Zugang, dass auch die Kosten für die Gebärdensprachdolmetscher vom Versicherer übernommen werden. Die aktuelle Vernehmlassungsvorlage sieht die Kostenübernahme nur für erbrachte medizinische Leistungen vor, nicht aber für Zugänglichkeitsleistungen wie die Gebärdensprachdolmetscherkosten. Der Rechtsdienst des SGB-FSS musste immer wieder feststellen, dass auch das Modell der **Telemedizin** für Menschen mit einer Hörbehinderung nicht zugänglich ist. Die meisten Versicherer stellen nicht sicher, dass Menschen mit einer Hörbehinderung die Telemedizin barrierefrei benutzen können. Sie bieten entweder nur eine telefonische Kontaktaufnahme an oder verlangen eine telefonische Rückrufmöglichkeit. **Der SGB-FSS fordert für die Erstberatung inkl. Telemedizin, dass ein Video-, Sprach- und Textdienst gemäss dem Prinzip „Total Conversation" bereitgestellt wird, der sowohl einzeln als auch kombiniert angewendet werden kann.**
	Die Informationen rund um die Erstberatungsstellen müssen für Menschen mit einer Hörbehinderung barrierefrei zugänglich sein. **Der SGB-FSS fordert, dass die Informationen in Gebärdensprache und mit Untertitel zugänglich sind.**
	Die für die Erstberatungsstelle vorgesehene Pauschale berücksichtigt nicht, wenn Patient*innen bei der Beratung mehr Zeit benötigen und zusätzliche Kosten durch die Zugänglichkeitsleistungen verursacht werden. Gehörlose Patient*innen benötigen beispielsweise wegen für die Kommunikation mehr Zeit. Zudem können mit dem Beizug eines Gebärdensprachdolmetschenden zusätzliche Kosten entstehen. Diese Kosten müssen berücksichtigt werden und durch die Versicherer übernommen werden, damit kein negativer Anreiz entsteht, Personen abzulehnen um solche Kosten zu vermeiden. Der VNL Vorlage sieht vor, dass die Leistungserbringer frei entscheiden können ob sie eine Patient*in als Erstberatungsstelle aufnehmen und ihr eine Aufnahmebestätigung geben. Es muss sichergestellt werden, dass die Erstberatungsstellen Patient*innen nicht aufgrund eventuellen Mehraufwandes ablehnen dürfen. **Der SGB-FSS fordert, dass die Kosten durch den Versicherer gedeckt werden.** **Der SGB-FSS fordert zudem, dass der Bundesrat die Voraussetzungen regelt, unter denen der Leistungserbringer für eine versicherte**

	Person die Erstberatungsstelle-Funktion verwehren oder ablehnen darf.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	36b	3		Die Zulassungsvoraussetzungen müssen die Zugänglichkeit und Barrierefreiheit als zusätzliches Kriterium umfassen.	h. Zugänglichkeit und Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderungen
	40a	2	a	Der SGB-FSS fordert für die Erstberatung inkl. Telemedizin, dass ein Video-, Sprach- und Textdienst gemäss dem Prinzip „Total Conversation“ bereitgestellt wird, der sowohl einzeln als auch kombiniert angewendet werden kann. Die Erstberatungsstellen müssen sicherstellen, dass Patientin mit einer Hörbehinderung sie barrierefrei kontaktieren können. Bei der Erstberatung muss das Gespräch durch einen Gebärdensprachdolmetscher barrierefrei gestaltet werden.	Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen in einer zugänglichen und barrierefreien Form
	40a	5		Der SGB-FSS fordert, dass die Verpflichtungen gemäss UNO-BRK bezüglich der Gleichstellung und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Hör- und Hörsehbehinderung umgesetzt wird und diese Kriterien als Voraussetzungen in Art. 40a Abs. 5 ausdrücklich betont werden.	Der Kanton entscheidet über das Gesuch und nimmt den Leistungserbringer in die Liste auf, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 und die Voraussetzung der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit der Leistungen erfüllt sind.
	40a	6		Es muss sichergestellt werden, dass die Erstberatungsstellen Patient*innen nicht wegen des eventuellen Mehraufwandes aufgrund der Behinderung ablehnen dürfen.	
	40a	7		Der SGB-FSS fordert, dass der Bundesrat die Voraussetzungen regelt, unter denen der Leistungserbringer für eine versicherte Person die Erstberatungsstelle-Funktion verwehren oder ablehnen darf.	c. der Leistungserbringer für eine versicherte Person die Erstberatungsstelle-Funktion verwehren oder ablehnen kann

	40b	1		Die für die Erstberatungsstelle vorgesehene Pauschale berücksichtigt nicht, wenn Patient*innen bei der Beratung mehr Zeit benötigen und zusätzliche Kosten durch die Zugänglichkeitsleistungen verursacht werden. Gehörlose Patient*innen benötigen beispielsweise wegen für die Kommunikation mehr Zeit. Zudem können mit dem Beizug eines Gebärdensprachdolmetschenden zusätzliche Kosten entstehen. Diese Kosten müssen berücksichtigt werden und durch die Versicherer übernommen werden, damit kein negativer Anreiz entsteht, Personen abzulehnen um solche Kosten zu vermeiden. Der SGB-FSS fordert, dass die Kosten durch den Versicherer gedeckt werden.	c. die Kosten die Gewährleistung der Zugänglichkeit der Leistungen u.a. durch Gebärdensprachdolmetschereinsätze ermöglichen
	40c			Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. Im Bericht auf S. 91 wird ausgeführt, dass der Versicherer die *Erstberatungsstelle für ihre spezifischen Leistungen durch eine Pauschale entschädigt. "Damit hat sie ein Interesse, diese Funktion für gesunde Personen auszuüben, die sich nicht oder wenig an sie wenden. Kranke Personen geben ihr jedoch die Möglichkeit, weitere Leistungen zu erbringen. Deshalb kann angenommen werden, dass die Ärztinnen und Ärzte den Versicherten, für welche sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, grundsätzlich gleichen Zugang gewähren werden."* Diese Annahme kann der SGB-FSS leider nicht teilen. Wenn der Versicherer den Leistungserbringern die Kosten, die die Gewährleistung der Zugänglichkeit der Leistungen ermöglichen (z.B. Gebärdensprachdolmetscherkosten) nicht vergütet, dann werden die Leistungserbringer eventuell keine Gebärdensprachdolmetscher für gehörlosen Patient*innen	

				bestellen. Dadurch wird die Gesundheitsversorgung von Menschen mit einer Hör- und Hörsehbehinderung bei den Erstberatungsstellen nicht sichergestellt und der Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen würde für sie erschwert.	
	40c	3		Die Zugänglichkeit der Leistungen durch den Einbezug von Gebärdensprachdolmetschern ist eine notwendige Voraussetzung, damit Menschen mit einer Hör- oder Hörsehbehinderung die gleiche Qualität der Gesundheitsversorgung bekommen wie Menschen ohne Behinderung, deshalb sollten die damit verbundenen Kosten bei der Vergütung von Leistungen ebenfalls berücksichtigt werden.	Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner und unter Berücksichtigung von Kosten der Barrierefreiheits- und Zugänglichkeitsmassnahmen die Höhe der Pauschale fest.
	40c	4		Siehe Ausführungen oben	Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. Er berücksichtigt dabei die Kosten der Barrierefreiheits- und Zugänglichkeitsmassnahmen.

Ihre Ansprechpartnerin:
Susanne Gedamke
Delegierte des Stiftungsrats
susanne.gedamke@spo.ch

Zürich, 19.November 2020

Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung zur Vernehmlassung bezüglich des zweiten Kostendämpfungspakets und die Möglichkeit, die Vorlage aus Sicht der Patient*innen zu beurteilen. Gerne kommen wir dieser Einladung nach und nehmen wie folgt Stellung:

Wirksame Kostendämpfungsmassnahmen kommen Patient*innen als Prämienzahlende zugute. Die Zielsetzung des vorliegenden Kostendämpfungspakets ist daher aus Sicht der SPO zu begrüssen. Unter den vom Bund vorgeschlagenen Massnahmen nehmen wir in der vorliegenden Vernehmlassungsantwort gezielt Stellung zu jenen Massnahmen, deren Umsetzung einen direkten Einfluss auf Patient*innen hat, nämlich die Erstberatungsstelle, Netzwerke der koordinierten Versorgung, Patientenprogramme sowie die Zielvorgabe für die Kostenentwicklung.

Wir gehen davon aus, dass in den aktuellen Gesetzes- und Anreizrahmen keine signifikante Zunahme der Koordination und Kooperation erwartet werden können. **Wir befürworten deshalb ausdrücklich die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen betreffend Erstberatungsstelle, Netzwerke der koordinierten Versorgung und Patientenprogramme und beurteilen diese als sinnvolle Ergänzung im bestehenden KVG.** Insbesondere chronisch und mehrfachkranke Patient*innen erhalten stärker koordinierte Leistungen, die – und das ist der entscheidende Punkt – dadurch auch besser mit deren individuellen Präferenzen und Haltungen abgestimmt werden können. Damit die drei genannten Massnahmen ihre Wirkung entfalten, ist es jedoch aus Sicht der SPO von grösster Bedeutung, dass sie gemeinsam umgesetzt werden.

In der geplanten Gesetzesänderung ist zudem eine Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP. **Aus Sicht der SPO ist eine entsprechende Zielvorgabe konsequent abzulehnen.** Eine Zielvorgabe, wie diese in der entsprechenden Gesetzesänderung vorgesehen ist, kann (a) aus unserer Sicht mit Blick auf die Systemkomplexität keine der intendierten Wirkungen entfalten und beinhaltet (b) die grosse Gefahr von ungewollten Nebenwirkungen, die in erster Linie die Betreuung der chronisch und mehrfach kranken Patient*innen treffen werden.

Wir danken Ihnen herzlich für die Berücksichtigung unserer Kommentare.

Freundliche Grüsse

Susanne Gedamke
Delegierte des Stiftungsrats SPO

Anlagen:

- Detaillierte Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Patientenorganisation

Abkürzung der Firma / Organisation : SPO

Adresse : Häringstrasse 21, 8001 Zürich

Kontaktperson : Susanne Gedamke

Telefon : 076 438 24 81

E-Mail : susanne.gedamke@spo.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 9

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 10

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SPO	**Allgemeine Einschätzungen** Die KVG-Vorlage «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2» beinhaltet diverse Massnahmen zur Kostendämpfung, welche Patient*innen direkt oder indirekt betreffen. Die SPO nimmt in der vorliegenden Vernehmlassungsantwort gezielt Stellung zu jenen Massnahmen, deren Umsetzung einen direkten Einfluss auf Patient*innen hat, nämlich die Erstberatungsstelle, Netzwerke der koordinierten Versorgung, Patientenprogramme sowie die Zielvorgabe für die Kostenentwicklung. Wirksame Kostendämpfungsmassnahmen kommen Patient*innen als Prämienzahlende zugute. Die Zielsetzung des vorliegenden Kostendämpfungspakets ist daher zu begrüssen. Die Vorlage blendet jedoch einen zentralen Aspekt aus, der untrennbar mit den Kosten verbunden ist: Die Qualität der Leistungen. Jede Massnahme, welche dem Ziel der Kostendämpfung dienen soll, ist immer auch unter dem Aspekt der Qualität zu beurteilen. Eine Kostenkontrolle ist unter keinen Umständen ohne eine Qualitätskontrolle denkbar. Hierfür braucht es jedoch entsprechende Daten, nicht nur über Kosten, sondern auch Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen. Das fehlende Wissen um Qualität im Gesundheitswesen erschwert aus unserer Sicht die Beurteilung von Kostendämpfungsmassnahmen. Gleichwohl sehen wir in einigen der vorliegenden Massnahmen Potenzial, sich positiv auf die Kostenentwicklung **und** die Qualität der Leistungen auszuwirken. Zentral ist aus unserer Sicht, dass die drei Massnahmen Erstberatungsstelle, Netzwerke der koordinierten Versorgung, Patientenprogramme ihre Wirkung ausschliesslich erzeugen kennen, wenn sie gemeinsam umgesetzt werden. Diese Massnahmen sind somit nicht isoliert voneinander zu betrachten. **Gemeinsame Umsetzung der Erstberatungsstelle, Netzwerke der koordinierten Versorgung und Patientenprogrammen** Für chronisch und mehrfach kranke Menschen wird eine bessere Koordination der Versorgungsleistungen und damit eine engere Kooperation zwischen den Leistungserbringenden immer wichtiger. Das ist deshalb von übergrosser Bedeutung, weil diese Koordination und Kooperation schon heute zentrale Defizite in der Gesundheitsversorgung darstellen. Das ist nicht nur in der Literatur evident, sondern das hören wir auch in unseren Beratungen. Drei Viertel der Bevölkerung entscheidet sich heute für ein alternatives Versicherungsmodell mit Einschränkung der freien Arztwahl, ein Viertel für das Standardmodell. Die Verteilung innerhalb dieser beiden Gruppen muss jedoch sehr unterschiedlich sein: Chronisch und mehrfachkranke Menschen sind in der Gruppe mit Standardmodell stark überproportional vertreten, wir vermuten rund die Hälfte der Versicherten mit Standardmodell.

Die SPO geht davon aus, dass in den aktuellen Gesetzes- und Anreizrahmen keine signifikante Zunahme der Koordination und Kooperation erwartet werden können. **Wir befürworten deshalb ausdrücklich die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen betreffend Erstberatungsstelle, Netzwerke der koordinierten Versorgung und Patientenprogramme und beurteilen diese als sinnvolle Ergänzung im bestehenden KVG.**

Die Chancen der drei genannten Massnahmen als Paketlösung sehen wir vor allem in den folgenden Punkten:

(1) Chancen für das Gesundheitssystem:
Bessere Koordination findet in den Reformbemühungen der Gesundheitsversorgung endlich den angemessenen Stellenwert und die notwendige Beachtung, denn Koordination wird für die künftige Versorgungsqualität entscheidend sein (und wichtiger als beispielsweise medizinisch-technische Entwicklungen).

(2) Chancen für die Leistungserbringenden:
Erstberatungsstelle, Netzwerke und Patientenprogramme schaffen zusammengenommen einen neuen gesetzlichen Rahmen, in dem die Leistungskoordination zu einem zentralen Orientierungspunkt für alle Leistungserbringenden wird, insbesondere für jene, die mehrheitlich in der Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken tätig sind.

(3) Chancen für die Patient*innen:
Insbesondere chronisch und mehrfachkranke Patient*innen erhalten stärker koordinierte Leistungen, die – und das ist der entscheidende Punkt – dadurch auch besser mit deren individuellen Präferenzen und Haltungen abgestimmt werden können.

Zielvorhabe für die Kostenentwicklung

In der geplanten Gesetzesänderung ist zudem eine Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP. Aus Sicht der SPO ist eine entsprechende Zielvorgabe konsequent abzulehnen, da mit einer solchen die folgenden Risiken bestehen:

(1) Risiken für das Gesundheitssystem:

Eine Zielvorgabe, wie diese in der entsprechenden Gesetzesänderung vorgesehen ist, kann (a) aus unserer Sicht mit Blick auf die Systemkomplexität keine der intendierten Wirkungen entfalten und beinhaltet (b) die grosse Gefahr von ungewollten Nebenwirkungen, die in erster Linie die Betreuung der chronisch und mehrfach kranken Patient*innen treffen werden.

	(2) Risiken für die Leistungserbringenden: An Grundversorgende, die sich gleichzeitig im Bereich Chronic Care betätigen bzw. an Netzwerken und Programmen beteiligen wollen, stellen sich neue fachliche Anforderungen, denen die heutige Weiterbildung der Grundversorgenden (noch) kaum gerecht wird. Dasselbe gilt für spezialisierte, ambulante oder stationäre Leistungserbringende, sofern sie sich für eine Teilnahme an Netzwerken und Patientenprogrammen entscheiden (eine solche ist nicht verpflichtend). Hier ist eine viel grössere Koordinations- und Kooperations-Kompetenz gefordert. **(3) Risiken für die Patient*innen:** Die Gesetzesänderung sieht vor, dass den Leistungserbringenden für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale (eine sog. Kopfpauschale) vergütet wird. Es gilt heute als erwiesen und evident, dass in reinen Capitation-Vergütungsmodellen Unterversorgung und ungerechtfertigte Leistungsvorenthaltung drohen. Dies ist gerade im Bereich der Grundversorgung gefährlich. Deshalb ist ein reines Capitation-Modell die falsche Vergütung und wird in dieser Form von der SPO abgelehnt. Als Alternativen schlagen wir vor, die Kopfpauschalen beispielsweise mit einer Pay-for-Performance-Vergütung zu kombinieren.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SPO	35, 36			Netzwerke zur koordinierten Versorgung	
SPO	40			Erstberatungsstelle	
SPO	54			Zielvorgabe	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Seniorenrat

Abkürzung der Firma / Organisation : SSR

Adresse : Kirchstrasse 24, 3097 Liebefeld

Kontaktperson : Lukas Bäumle, Präsident Arbeitsgruppe Gesundheit

Telefon : 079 417 85 11

E-Mail : lukas.baeumle@besonet.ch

Datum : 3. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 10

Weitere Vorschläge 12

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 13

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SSR	**Mit Datum vom 19.8.2020 schlägt der Bundesrat unter dem Titel „Massnahmen zur Kostendämpfung Teil 2“ eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vor, die unter anderem eine „Erstberatungsstelle“ sowie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ enthält. Der SSR dankt für die Einladung zur Vernehmlassung und nimmt im Folgenden Stellung zu diesen Vorschlägen:** Gemäss Bundesrat sollen die Versicherten verpflichtet werden, sich bei einem gesundheitlichen Problem jeweils zuerst von einer Erstberatungsstelle beraten zu lassen. Diese Stelle soll als Gatekeeper für die Inanspruchnahme weiterer Leistungen fungieren, d.h. abschliessend darüber entscheiden, ob die Versicherten weitere Leistungen beanspruchen können. Zu solchen weiteren Leistungen zählen etwa Untersuchungen bei Spezialärzt/Inne oder operative Wahleingriffe in Spitälern. Unter dem Namen „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ sieht der Bundesrat zudem eine weitere neue Kategorie von Leistungserbringern vor. Dabei handelt es sich um medizinische Erstversorger, die die Aufgaben der Koordination der Versorgung übernehmen und insbesondere für die Führung des elektronischen Patientendossiers zuständig sind. Diese Netzwerke können auch die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen. Erstberatungsstellen hingegen müssen nicht gleichzeitig auch Koordinationsaufgaben übernehmen. Der Bundesrat schlägt ferner vor, die Leistungen der Erstberatung und der Koordination pauschal abzugelten. Im Sinne einer koordinierten Versorgung macht der Bundesrat mit seinen Vorschlägen damit einen Schritt vorwärts, gleichzeitig aber leider auch zwei Schritte zurück. Die Beratung, Koordination und Dossierführung gehört zusammen. Es ist zu begrüssen, dass der Bundesrat die Bedeutung anerkennt, die den Aufgaben der Koordination der Leistungen, der Dossierführung und der entsprechenden Beratung zukommt, und diese entsprechend stärken will. Zu begrüssen ist auch, dass er mit diesen Aufgaben eine klar definierte Instanz innerhalb der Gesundheitsversorgung betrauen will. Hingegen ist nicht nachvollziehbar, warum der Bundesrat dafür zwei getrennte Kategorien schaffen will, statt diese Aufgaben in einer Stelle zusammenzuhalten. **Beratung, Koordination und Dossierführung** sind Aufgaben, die ineinandergreifen und sich gegenseitig auch bedingen. So sind gute Dossierkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für eine kompetente Beratung. Die Ergebnisse einer Beratung wiederum bilden die Grundlage für die Wahl der Versorgungsketten, und aus ihr ergeben sich wichtige Kriterien für die Koordination.

	Der Bundesrat sieht überdies vor, die Erstberatung für obligatorisch zu erklären, Koordination und Dossierführung hingegen nicht. Auch dies ist nicht nachvollziehbar, müsste doch sichergestellt werden, dass gerade auch die Aufgaben der Dossierführung und der Koordination für alle Versicherten gewährleistet wird. Damit könnte unter anderem auch eine einheitliche Instanz geschaffen werden, die sicherstellen kann, dass die elektronischen Patientendossiers laufend aktualisiert und kompetent geführt sind und dass die Versicherten dabei optimal einbezogen werden (z.B. auch in Hinblick auf die Aspekte des Datenschutzes). **Das Splitten in Beratung und Koordination/Dossierführung ist ein unverständlicher Schritt zurück, der das Anliegen einer integrierten und optimierten Versorgung unterläuft.** Der zweite Schritt zurück besteht darin, dass der Bundesrat die Erstberatungsstelle mit der Aufgabe des Gatekeeping belasten will, ja im Grunde daraus die eigentliche Kernaufgabe dieser Stelle macht. Die Stelle soll demnach abschliessend entscheiden, ob und welche weiteren Leistungen die versicherte Person beanspruchen kann. Sie erhält damit die Rolle des Türstehers (Gatekeepers) beim Zugang zu diesen Leistungen. Der Bundesrat positioniert die Stelle damit in erster Linie als eine Massnahme zur Kosteneinsparung. Aus Sicht der Patient/Innen wird sie dadurch von vorneherein in ein ungünstiges Licht gerückt. weil die Versicherten nicht mehr sicher sein können, dass das Handeln der Erstberatungsstelle sich an ihrer optimalen Versorgung orientiert. Erstberatungsstellen können unter Druck geraten, **möglichst wenige Überweisungen** vorzunehmen; so liegt der Verdacht nahe, dass die Krankenkassen entsprechenden Druck auf Erstberatungsstellen ausüben könnten. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Versicherten und ihrer Erstberatungsstelle würde dadurch untergraben. Das Misstrauen wird dann zusätzlich verstärkt, wenn die Erstberatungsstelle durch **Globalbudgets** gesteuert ist und damit ein zusätzliches **ökonomisches Interesse** daran hat, möglichst **wenig Überweisungen** an weitere Leistungserbringer zuzulassen. Eine besondere Gefahr droht den PatientInnen mit schweren, langwierigen oder chronischen Erkrankungen (insbesondere vunerable Seniorinnen und Senioren): Für die Erstbehandlungsstellen würden sie zum Risiko, weil sie zu viele Überweisungen ‚beanspruchen'. Aus diesen Gründen wehren wir uns entschieden gegen die Einführung des Gatekeeping und gegen die Verquickung von Beratung und Gatekeeping sowie die Einführung von Globalbudgets. Durch das Gatekeeping wird die freie Arztwahl erheblich eingeschränkt. Diese freie Wahl wird von den Versicherten zu Recht als Garantie dafür gewertet, dass sie Zugang zu allen erforderlichen Leistungen in bestmöglicher Qualität erhalten. Auch wenn heute 70% der Versicherten freiwillige Einschränkungen dieser Wahlfreiheit in Kauf nehmen, so handelt es sich dabei überwiegend um jüngere, gesunde Versicherte. Sie wissen, dass sie Jahr für Jahr das Recht haben, auf die uneingeschränkte Grundversicherung zu wechseln, mit der die freie Arztwahl gesichert ist. Zwar sieht der Bundesrat eine freie Wahl der Erstberatungsstelle durch die Versicherten vor. Ebenfalls will er den Versicherten bei

	einer Überweisung die freie Wahl des jeweiligen Leistungserbringers gewähren. Das kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der freie Zugang zu all jenen Leistungserbringern abgeschafft wird, die nicht eine Erstberatungsstelle sind. Der Bundesrat schlägt vor, die Leistungen im Rahmen der Ersterfassung pauschal abzugelten, unabhängig davon, ob solche Leistungen überhaupt in Anspruch genommen werden Eine solche Pauschale ist dann vertretbar, wenn sie mit zusätzlichen Einzeltarifen sichergestellt wird, damit ausführliche Beratungen (denen im Einzelfall auch ausführliche Recherchen gehören können) nicht unter Druck geraten. Begrüssenswert ist, dass solche Pauschalen nicht aus den Franchisen finanziert werden. Wir schlagen vor, diese Finanzierungsart (Pauschalen ausserhalb von Franchisen) auch für die Dossierführung und die Koordinationsaufgaben vorzusehen. Als Alternative zur den getrennt vorgesehenen Erstberatungs- und Koordinationsstellen schlagen wir die Einführung einer **einheitlichen Stelle** vor. Damit soll sichergestellt werden, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Erstversorgung hat. Zweitens sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass für jede Person optimale Behandlungspfade gefunden werden. Die Behandlungen in Spitälern, durch Spezialärzte, in Therapien, Kliniken, Heimen oder Spitexen sollen dabei koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Und drittens soll sichergestellt werden, dass die elektronischen Patientendossiers vollständig und fachkundig geführt sind, wobei die Patienten die letzte Kontrolle über ihre Dossiers haben. Um diese Ziele zu erreichen, nominiert jede versicherte Person eine solche Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS) (z.B. eine Hausarztpraxis) nach freier Wahl. Ein Wechsel der Stelle muss jederzeit möglich sein. Die Versicherten haben bei Bedarf Anrecht auf **eine zweite ärztliche Meinung**. Die BKS sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination aller Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie ist den Interessen der Versicherten verpflichtet. BKS sind Hausarzt oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ambulatorien und weitere Netzwerke, die eine kompetente diagnostische, therapeutische und pflegerische Erst- und Grundversorgung sowie die Kontinuität in der Begleitung der Versicherten sicherstellen. Die BKS stellt die Zuweisung zu einer spezialärztlichen Versorgung sowie zu den weiteren anerkannten Leistungserbringern sicher, **ohne dabei jedoch Entscheidungsrechte im Sinne des Gatekeeping zu haben**. Patient/Innen wählen die weiteren Leistungserbringer in Absprache mit ihrer BKS aus. BKS werden von den Kantonen akkreditiert. Die Kantone müssen eine flächendeckende Versorgung mit BKS gewährleisten. Sämtliche Leistungserbringer leiten die erforderlichen Informationen an die BKS weiter. Patient/Innen können diese Weiterleitung auf eigene Verantwortung hin untersagen. Der Datenschutz ist gewährleistet. Das Konzept der BKS soll sämtliche versicherten Personen erfassen. Die Stelle ist besonders für multimorbide und für hochbetagte Personen von grosser Bedeutung – dann also, wenn medizinische Behandlungen keine isolierten Episoden mehr sind (wie dies der Beinbruch einer 20-jährigen Person aller Wahrscheinlichkeit ist), sondern eng verknüpft sind mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und mit der sozialen Situation der Patient/Innen. Die allgemeine und obligatorische Einführung der BKS-Stelle stellt sicher, dass alle Versicherten von den Vorteilen der entsprechenden Beratungs- und Koordinationsaufgaben profitieren. Sie stellt ebenfalls sicher, dass die Akzeptanz des elektronischen Patientendossiers erheblich verbessert und seine Verbreitung deutlich beschleunigt werden kann.

	Dies alles wird auch dazu beitragen, dass unnötige Doppelabklärungen und Fehlbehandlungen viel besser als heute vermieden werden können. **Das stärkt die Qualität der Versorgung** und hilft gleichzeitig, unnötige Kosten zu sparen. Bei den heute bestehenden, mit freiwilligem Gatekeeping verbundenen Hausarzt- und HMO-Modellen sind Korrekturen erforderlich. Erstens: Die Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sind in solchen Modellen weder für die Öffentlichkeit noch für die davon betroffenen Versicherten einsehbar. Dies muss dringend korrigiert werden, wozu die vorgesehene KVG-Revision eine willkommene Gelegenheit bietet. Zweitens müssen Vertragsbestimmungen mit ökonomischen Anreizen, die Anlass dafür sein können, dass Versicherten wünschenswerte oder gar notwendige Leistungen vorenthalten werden, gesetzlich unterbunden werden. Nur unter dieser Voraussetzung dürfen Leistungserbringer in Hausarzt- und HMO-Modellen mit Gatekeeping als BKS zugelassen werden. Denn es ist von entscheidender Bedeutung, dass Beratungs- und Koordinationsaufgaben nicht mit für die Versicherten ungünstigen ökonomischen Anreizen verbunden sind. Nur so können die Versicherten darauf vertrauen, dass sie bei ihrer BKS gut aufgehoben sind, und nur so wird die BKS auch die erforderliche Akzeptanz erhalten. Ebenfalls angegangen werden soll das Problem einer allfälligen Überversorgung. Sowohl für Unter- respektive Fehlversorgung sollen in Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen entsprechende Prüfverfahren eingerichtet werden. Wird dabei ein Fehlverhalten der Leistungserbringer festgestellt, müssen angemessene Sanktionen ausgesprochen werden können.
	Weitere grundsätzliche Bemerkungen zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betr. Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2) / Indirekter Gegenvorschlag zur „Kostenbremse-Initiative“ Die steigenden Krankenkassenprämien sind für einen grossen Teil der Bevölkerung kaum mehr zu tragen. Hinzu kommt eine im OECD-Vergleich rekordmässig hohe direkte Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt, Medikamente, Zahnpflege, Kostenbeteiligung bei Spitex-Leistungen etc.). Das einzige soziale Korrektiv ist die individuelle Prämienverbilligung, die aber in ihrer Wirkung immer mehr erodiert, hauptsächlich wegen der Budgetkürzungen in den Kantonen. Der Bundesrat schreibt im Bericht zur Vorlage, die Höhe der Einsparungen seiner beiden Kostendämpfungspakete liesse sich kaum beziffern. Zu Recht, denn eines der grossen Potenziale um Gesundheitskosten einzusparen liegt in der Gesundheitsförderung und der Prävention. Genau das wird nicht konsequent angepackt. Obwohl die Studie „Gesundheitsziele für die Schweiz“, unterstützt vom BAG und der damaligen Sanitätsdirektorenkonferenz schon 2002 kostenträchtige Lücken und konkret zu ergreifende Massnahmen aufgezeigt hat. Fast 20 Jahre nun liegen diese Vorschläge von Experten wie Ursula Ackermann-Liebrich, Fred Paccaud, Felix Gutzwiller, Therese Stutz Steiger in der Schublade. Eine verpasste Chance – hätte der Bund wenigstens den Vorschlag für ein vernetztes gesamtschweizerisches Gesundheitsinformationssystem umgesetzt, verfügte er heute zumindest über Grundlagen wie und in welchen Bereichen in der Gesundheitsversorgung die Effizienz gesteigert werden kann, wo es Fehl- und Überversorgungen gibt, wo Fehlanreize

	zu Kostensteigerungen oder zu Unterversorgungen und Rationierung führen. Noch fehlt es, 24 Jahre nach Einführung des KVG, an Indikatoren der Versorgungs-, Indikations- und Behandlungsqualität. Stattdessen fokussieren sich Bundesrat und Parlament wieder nur auf die Kosten ohne die politischen Ursachen für deren Steigerung fundiert zu hinterfragen, aber auch ohne sich einzuge-stehen, dass z.B. die neue Spitalfinanzierung ein technologisches Aufrüsten, ein Wettbewerb um lukrative Fälle ausgelöst hat, die zusätzlich Mengenausweitung und Kostensteigerung befeuern. Die Politik verpasste es, das neue Finanzierungsmodell mit einer Nachweispflicht der Indikations- und Behandlungsqualität zu verknüpfen. Auch bei diesen Kostendämpfungspaketen 1 + 2 liegt der Blick fast ausschliesslich auf den Kosten. Obwohl der Expertenbericht 2017 die Wichtigkeit einer nationalen Qualitätsstrategie zur Kostendämpfung betonte. Und obwohl das Parlament 2019 das Gesetz zur „Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit" mit grossen Mehr verabschiedet hat – um mit der Qualitätsstrategie unnötige Kosten und eine Rationierung medizinisch indizierter Leistungen zu verhindern. **Zielvorgabe für die Kostenentwicklungen in der Grundversicherung:** Zunächst begrüsst der SSR die ablehnende Haltung des Bundesrates zur „Kostenbremse-Initiative der CVP. Diese ist im Haupttext sehr offen formuliert und damit eine „Büchse der Pandora". Doch das Umsetzungskonzept der Partei zeigt u.a. Massnahmen, die eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung gefährden würden, wie die Übergangsbestimmungen zeigen. Konkrete Massnahmen müssten ergriffen werden, wenn die Krankenkassenprämien um 20% stärker steigen als die Löhne. Betrachtet man die Prämien- und Lohnentwicklung vergangener Jahre, wird schnell klar, dass eine solch strikte Regelung zu harten Kürzungen, bzw. zu Rationierungen und damit zu einer Zweiklassen-Medizin führen würde. **Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP:** Der SSR lehnt aber die „Zielvorgabe" wie sie vom Bundesrat als zentrale Massnahme des indirekten Gegenvorschlags zur CVP-Initiative vorgelegt wird ab. Mit der Einführung jährlicher Kosten-Zielvorgaben könnte sie sich als **Wegbereiterin der Rationierung** entpuppen – trotz gegen-teiliger Beteuerungen im Bericht. Denn der Vorlage fehlt die Nachweis-Pflicht der Indikations- und Behandlungsqualität. Es fehlt jeglicher Hinweis wie und wer prüft, dass es nicht zu Rationierungen kommt. Dabei liegt es auf der Hand, Kostenziele lassen sich am einfachsten einhalten, wenn man bei den teuren Patienten spart und dafür lukrative Gesunde operiert. Die vorgesehene Sanktion mit degressiven Tarifen bei Überschreitung der Kostenziele wird den Rationierungsanreiz vor allem bei Chronisch Kranken und Älteren, die sich nicht zu wehren wissen, zusätzlich verstärken. Art. 54 „Kostenziele" Absatz 5 sieht vor, dass die „Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung regelmässig überprüft wer-den sollen." Angesichts der heute fehlenden Basis zur Beurteilung der Indikations- und Behandlungsqualität, bleibt dies ein Versprechen, das die Realität wohl kaum ans Licht zu bringen wird. Ärzte sagen, schon heute gibt es verdeckt Rationierungen. Wie steht es mit der Überprüfung? Wird morgen getan, was heute nicht getan wird?

	Wichtige Massnahmen zum Kostensparen fehlen in beiden Paketen: Gesundheitsförderung und Prävention, die Einführung einer konsequenten Qualitätsstrategie, die Versorgungsketten, Leistungen, Implantate, Medikamente (Scheininnovationen) usw. miteinschliesst, wie auch die Eliminierung wirtschaftlicher Fehlanreize sind u. E. sinnvoller (weil patientenorientiert) als die Einführung der vorgeschlagenen Zielvorgabe. Dabei möchten wir auf zwei weitere fehlende, jedoch wirksame und dringende Massnahmen hinweisen: Zusatzversicherungen und Fehlanreize: Durch die Existenz krasser finanzieller Fehlanreize belastet die Überversorgung im Bereich der Zusatz-versicherung die Grundversicherung mit jährlich mehreren hundert Millionen Franken. (Weil der medizinische Tarif auch für jeden Eingriff bei einer zusatzversicherten Person über die Grundversicherung abgerechnet wird). Das ist inakzeptabel, weil damit Gewinne von Privatversicherern und Privatspitalgruppen sowie bisweilen überrissene Ärztehonorare und Boni teilweise über die Krankenkassenprämien der Grundversicherung finan-ziert werden. Der „Expertenbericht Diener“ empfiehlt mit Massnahme 28 „missbräuchliche Zusatzversicherungstarife“ zu verhindern. Warum finden sich diesbezüglich keinerlei Massnahmen in den beiden Kostendämpfungspaketen? Der SSR fordert den Bundesrat auf, die OKP von solchen Kosten dringend zu entlasten und erwartet griffige Vorschläge zuhanden des Parlaments in dieser Vorlage (z.B. ergänzend im Artikel 21, Absatz 2 a). Eingriffslisten ohne Sicherstellung der nötigen medizinischen Anschlusspflege können nicht zum erwarteten Erfolg führen. Gerade aus Sicht der älteren Menschen ist es wichtig, erstens die Übergangspflege AÜP im zeitlichen und rehabilitativen Angebot auszubauen, so wie die AÜP heute ist, hat sie keine Wirkung und muss unbedingt erweitert werden, um die Autonomie nach einem Ereignis im Alter wieder zu ermöglichen und nicht unbedingt nötiges Einweisen ins Pflegeheim zu vermeiden – und zweitens, dass die nötige Spitexversorgung in allen Kantonen sichergestellt und für alle zahlbar ist, insbesondere die Betreuung. Eine letzte Bemerkung zur Zielvorgabe: Sollte diese als Massnahme der SSR ablehnt, weiterverfolgt werden, ist sicherzustellen, dass die be-schlossene „Eidgenössische Qualitätskommission“ der geplanten „Eidgenössischen Kommission für Kostenziele“ die nötigen Instrumente zur Verfügung stellt, damit die Qualität in Gesundheitsversorgung, Behandlung, Pflege und Reha patientenorientiert gesichert und wo nötig (Beispiele, für den Handlungsbedarf gibt es viele) verbessert werden. Für die Sicherheit aller PatientInnen, besonders der Chronisch Kranken und der Älteren ist dies zentral. Kostenziele ohne nachweisliche Qualitätsstrategie auf Bundes- und Kantonsebene erachten wir als unverantwortbaren Blindflug und ist abzulehnen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfeorganisationen der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : VASOS FARES

Adresse : 3000 Bern

Kontaktperson : Elsbeth Wandeler / Bea Heim

Telefon : 031 371 57 83 / 079 790 52 03

E-Mail : elsbeth.wandeler@bluewin.ch / bea-heim@bluewin.ch

Datum : 18.11. 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 11

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Grundsätzliche Bemerkungen zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betr. Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2) / Indirekter Gegenvorschlag zur „Kostenbremse-Initiative“ Die steigenden Krankenkassenprämien sind für einen grossen Teil der Bevölkerung kaum mehr zu tragen. Einer der Hauptgründe liegt in der unsozialen Finanzierung über Kopfprämien. Hinzu kommt eine im OECD-Vergleich rekordmässig hohe direkte Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt, Medikamente, Zahnpflege, Kostenbeteiligung bei Spitex-Leistungen etc.). Das einzige soziale Korrektiv ist die individuelle Prämienverbilligung, die aber in ihrer Wirkung immer mehr erodiert, hauptsächlich wegen der Budgetkürzungen in den Kantonen. Der Bundesrat schreibt im Bericht zur Vorlage, die Höhe der Einsparungen seiner beiden Kostendämpfungspakete liesse sich kaum beziffern. Zu Recht, denn eines der grossen Potenziale um Gesundheitskosten einzusparen liegt in der Gesundheitsförderung und der Prävention. Genau das wird nicht konsequent angepackt. Obwohl die Studie „Gesundheitsziele für die Schweiz“, unterstützt vom BAG und der damaligen Sanitäts-direktorenkonferenz schon 2002 kostenträchtige Lücken und konkret zu ergreifende Massnahmen aufgezeigt hat. Fast 20 Jahre nun liegen diese Vorschläge von Experten wie Ursula Ackermann-Liebrich, Fred Paccaud, Felix Gutzwiller, Therese Stutz Steiger in der Schublade. Eine verpasste Chance – hätte der Bund wenigstens den Vorschlag für ein vernetztes gesamtschweizerisches Gesundheitsinformationssystem umgesetzt, verfügte er heute zumindest über Grundlagen wie und in welchen Bereichen in der Gesundheitsversorgung die Effizienz gesteigert werden kann, wo es Fehl- und Überversorgungen gibt, wo Fehlanreize zu Kostensteigerungen oder zu Unterversorgungen und Rationierung führen. Noch fehlt es, 24 Jahre nach Einführung des KVG, an Indikatoren der Versorgungs-, Indikations- und Behandlungsqualität. Stattdessen fokussieren sich Bundesrat und Parlament wieder nur auf die Kosten ohne die politischen Ursachen für deren Steigerung fundiert zu hinterfragen, aber auch ohne sich einzuge-stehen, dass z.B. die neue Spitalfinanzierung ein technologisches Aufrüsten, ein Wettbewerb um lukrative Fälle ausgelöst hat, die zusätzlich Mengenausweitung und Kostensteigerung befeuern. Die Politik verpasste es, das neue Finanzierungsmodell mit einer Nachweispflicht der Indikations- und Behandlungsqualität zu verknüpfen. Auch bei diesen Kostendämpfungspaketen 1 + 2 liegt der Blick fast ausschliesslich auf den Kosten. Obwohl der Expertenbericht 2017 die Wichtigkeit einer nationalen Qualitätsstrategie zur Kostendämpfung betonte. Und obwohl das Parlament 2019 das Gesetz zur „Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ mit grossen Mehr verabschiedet hat – um mit der Qualitätsstrategie unnötige Kosten und eine Rationierung medizinisch indizierter Leistungen zu verhindern. **Zielvorgabe für die Kostenentwicklungen in der Grundversicherung:** **Zunächst begrüssen wir die ablehnende Haltung des Bundesrates zur „Kostenbremse-Initiative der CVP.** Diese ist im Haupttext sehr offen formuliert und damit eine „Büchse der Pandora“. Doch das Umsetzungskonzept der Partei zeigt u.a. Massnahmen, die eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung gefährden würden, wie die Übergangsbestimmungen zeigen. Konkrete Massnahmen müssten ergriffen werden, wenn die Krankenkassenprämien um 20% stärker steigen als die Löhne. Betrachtet man die Prämien- und Lohnentwicklung vergangener Jahre, wird schnell

	klar, dass eine solch strikte Regelung zu harten Kürzungen, bzw. zu Rationierungen und damit zu einer Zweiklassen-Medizin führen würde. **Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP:** **Wir lehnen aber die „Zielvorgabe" wie sie vom Bundesrat als zentrale Massnahme des indirekten Gegenvorschlags zur CVP-Initiative vorgelegt wird ab.** Mit der Einführung jährlicher Kosten-Zielvorgaben könnte sie sich als Wegbereiterin der Rationierung entpuppen – trotz gegenteiliger Beteuerungen im Bericht. Denn der Vorlage fehlt die Nachweis-Pflicht der Indikations- und Behandlungsqualität. Es fehlt jeglicher Hinweis wie und wer prüft, dass es nicht zu Rationierungen kommt. Dabei liegt es auf der Hand, Kostenziele lassen sich am einfachsten einhalten, wenn man bei den teuren Patienten spart und dafür lukrative Gesunde operiert. Die vorgesehene Sanktion mit degressiven Tarifen bei Überschreitung der Kostenziele wird den Rationierungsanreiz vor allem bei Chronisch Kranken und Älteren, die sich nicht zu wehren wissen, zusätzlich verstärken. Art. 54 „Kostenziele" Absatz 5 sieht vor, dass die „Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung regelmässig überprüft werden sollen." Angesichts der heute fehlenden Basis zur Beurteilung der Indikations- und Behandlungsqualität, bleibt dies ein Versprechen, das die Realität wohl kaum ans Licht zu bringen wird. Ärzte sagen, schon heute gibt es verdeckt Rationierungen. Wie steht es mit der Überprüfung? Wird morgen getan, was heute nicht getan wird? **Wichtige Massnahmen zum Kostensparen fehlen in beiden Paketen:** **Gesundheitsförderung und Prävention**, die Einführung einer konsequenten **Qualitätsstrategie**, die Versorgungsketten, Leistungen, Implantate, Medikamente (Scheininnovationen) usw. miteinschliesst, wie auch die **Eliminierung wirtschaftlicher Fehlanreize** sind u. E. sinnvoller (weil patientenorientiert) als die Einführung der vorgeschlagenen Zielvorgabe. Dabei möchten wir auf zwei weitere fehlende, jedoch wirksame und dringende Massnahmen hinweisen: **Zusatzversicherungen und Fehlanreize**: Durch die Existenz krasser finanzieller Fehlanreize belastet die Überversorgung im Bereich der Zusatzversicherung die Grundversicherung mit jährlich mehreren hundert Millionen Franken. (Weil der medizinische Tarif auch für jeden Eingriff bei einer zusatzversicherten Person über die Grundversicherung abgerechnet wird). Das ist inakzeptabel, weil damit Gewinne von Privatversicherern und Privatspitalgruppen sowie bisweilen überrissene Ärztehonorare und Boni teilweise über die Krankenkassenprämien der Grundversicherung finanziert werden. Der „Expertenbericht Diener" empfiehlt mit Massnahme 28 „missbräuchliche Zusatzversicherungstarife" zu verhindern. Warum finden sich diesbezüglich keinerlei Massnahmen in den beiden Kostendämpfungspaketen? Wir fordern den Bundesrat auf, die OKP von solchen Kosten dringend zu entlasten und erwarten griffige Vorschläge zuhanden des Parlaments in dieser Vorlage (z.B. ergänzend im Artikel 21, Absatz 2 a). **Ambulant vor stationär**: die falsch konstruierte Vorlage zur „Einheitlichen Finanzierung ambulant/stationär" (EFAS) wurde zum Glück im Parlament vorerst gebremst. Allerdings wird die Schweiz – auch wenn diese Vorlage angeblich die Verlagerungspolitik „ambulant vor stationär" fördern soll, wohl auch in Zukunft einen tieferen Anteil an spital-ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffen aufweisen. Eingriffslisten ohne Sicherstellung der nötigen medizinischen Anschlusspflege können nicht zum erwarteten Erfolg führen. Gerade aus Sicht der älteren Menschen ist es wichtig, erstens die Übergangspflege AÜP im zeitlichen und rehabilitativen Angebot auszubauen (um die Autonomie nach einem Ereignis im Alter wieder zu ermöglichen und nicht unbedingt nötiges Einweisen ins Pflegeheim zu vermeiden – und zweitens, dass die nötige Spitexversorgung in allen Kantonen sichergestellt und für alle zahlbar ist.

	Eine letzte Bemerkung zur Zielvorgabe: Sollte diese als Massnahme die wir ablehnen, weiterverfolgt werden, ist sicherzustellen, dass die beschlossene „Eidgenössische Qualitätskommission“ der geplanten „Eidgenössischen Kommission für Kostenziele“ die nötigen Instrumente zur Verfügung stellt, damit die Qualität in Gesundheitsversorgung, Behandlung, Pflege und Reha patientenorientiert gesichert und wo nötig (Beispiele, für den Handlungsbedarf gibt es viele) verbessert werden. Für die Sicherheit aller PatientInnen, besonders der Chronisch Kranken und der Älteren ist dies zentral. Kostenziele ohne nachweisliche Qualitätsstrategie auf Bundes- und Kantonsebene erachten wir als unverantwortbaren Blindflug. **Erstberatungsstelle und koordinierte Versorgung:** Der Bundesrat anerkennt mit seinen Vorschlägen die Bedeutung der kompetenten Beratung und der Koordination in der Gesundheitsversorgung. Für die VASOS ist die vom Bundesrat vorgesehene Trennung in eine Erstberatungsstelle einerseits und in Netzwerke zur koordinierten Versorgung andererseits nicht nachvollziehbar. Die Aufgaben der Beratung, der Koordination und der Dossierführung müssen vielmehr in einer Stelle gebündelt werden, weil sie ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen. So sind gute Dossierkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für eine kompetente Beratung. Die Ergebnisse einer Beratung wiederum bilden die Grundlage für die Wahl der Versorgungsketten, und aus ihr ergeben sich wichtige Kriterien für die Koordination. Gemäss Bundesrat sollen die Erstberatungsstellen als Gatekeeper abschliessend darüber entscheiden, ob die Versicherten weitere Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung beanspruchen können. Die VASOS fordert den Verzicht auf dieses Gatekeepting denn es führt zu einer Doppelspurigkeit, welche in keiner Weise im Interesse der Patienten ist. Zudem untergräbt es das Vertrauen zwischen den Versicherten und ihrer Beratungsstelle – vor allem, wenn, wie vom Bundesrat vorgesehen, die Einführung einer solchen Stelle als Kostendämpfungsmassnahme positioniert wird. Das Misstrauen wird zusätzlich verstärkt, wenn die Erstberatungsstelle durch Globalbudgets gesteuert ist und damit ein zusätzliches ökonomisches Interesse daran hat, möglichst wenig Überweisungen an Leistungserbringer zuzulassen. Eine besondere Gefahr droht dabei den Patientinnen und Patienten mit schweren, langwierigen oder chronischen Erkrankungen: Für die Erstbehandlungsstellen würden sie zum ökonomischen Risiko, weil sie zu viele Überweisungen ‚beanspruchen‘. Die VASOS vertritt die Haltung dass mit dem **Konzept der Beratungs- und Koordinationsstelle BKS** eine wirtschaftliche und patientenfreundliche Lösung zur Verfügung steht. Als BKS können Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ambulatorien und weitere Netzwerke, eine kompetente Erst- und Grundversorgung sowie die Kontinuität in der Begleitung der Versicherten gewährleisten. Die BKS stärken zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit. Berufsgruppen wie die Advanced Practice Nurses. Gerade diese Berufsgruppe können im Rahmen solcher Netzwerke wichtige Aufgaben übernehmen. Weiter bestehen Möglichkeiten, Institutionen wie die Spitex oder Pflegeheime und Apotheken in solche Netzwerke einzubinden. In den BKS vereint sich Beratung, Koordination und Dossierführung unter einem Dach. Sämtliche Versicherten nominieren verbindlich eine BKS. Sie können ihre BKS jederzeit wechseln. In begründeten Fällen können sie zu Vorschlägen und Empfehlungen ihrer BKS eine

	unabhängige Zweitmeinung einholen. Die freie Ärzt*innenwahl wird somit vollumfänglich gewahrt, was für die VASOS ein zentrales Anliegen ist. Die BKS werden von den Kantonen akkreditiert. Die Kantone stellen sicher, dass sämtliche Versicherten Zugang zu einer BKS haben. Die Grundleistungen der BKS sollen aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden. Leistungserbringer, die in die gängigen Hausarzt- und HMO-Modelle eingebunden sind, können nur unter folgenden Bedingungen als BKS nominiert werden. Erstens müssen Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern für die davon betroffenen Versicherten und für die Öffentlichkeit vollständig einsehbar sein, was heute nicht der Fall ist. Zweitens dürfen diese Verträge keine Bestimmungen enthalten, die Anreize schaffen können, den Versicherten unerlässliche Leistungen vorzuenthalten. **Preismodelle und Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Zugang nach BGÖ** Dass die Schweiz auf nationaler Ebene Wege gefunden werden hinsichtlich Versorgungssicherheit, aber auch wie neue Arzneimittel der Bevölkerung zugänglich gemacht werden können, ohne dabei die solidarische Grundversicherung mit immer exorbitanteren Beträgen zu belasten, ist klar. Daher unterstützen wir die Vorschläge zur gesetzlichen Festsetzung der in der Praxis seit längerem existierenden „Preismodelle“. Dies allerdings nur, wenn die Rückerstattungen öffentlich transparent gemacht werden. Wir lehnen daher die vorgeschlagene „Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten“ ab. Wie der EDÖB öffentlich anmerkte, steht eine Verankerung einer solchen Geheimhaltungsklausel im Widerspruch zum Öffentlichkeitsprinzip. **Weitere Massnahmen** **Differenzierte WZW-Prüfung und kostengünstige Vergütung:** Wir begrüssen die vorgeschlagene Rechtsgrundlage für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien bei Arzneimitteln, Laboranalysen, MiGel-Produkten. Die Ergebnisse sollen öffentlich gemacht werden. **Referenztarife für die schweizweite Spitalwahl:** Die Kantone sind heute verpflichtet, bei ausser-kantonalen Behandlungen den entsprechenden Tarif eines ihrer Listenspitäler als Referenztarif fest-zulegen. Weil aber die Modalitäten hierzu gesetzlich nicht festgelegt sind, setzen einiger Kantone bewusst zu tiefe Referenztarife an um ausserkantonale Behandlungen zu verhindern. Damit schränken sei de facto die beschlossene Wahlfreiheit der PatientInnen ein. Im heutigen System können jedoch protektionistisch tief angesetzte Referenztarife nicht akzeptiert werden. **Elektronische Rechnungsübermittlung:** wir begrüssen die gesetzliche Einführung einer für alle Leistungserbringer verpflichtende Rechnungsübermittlung in elektronischer Form. Aus Sicht der älteren PatientInnen ist es jedoch wichtig, dass für die Versicherten die Möglichkeit des kostenfreien Erhalts der Rechnung in Papierform gewährleistet ist (wie in VE-KVG Art. 42 vorgesehen)

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verein Evivo Netzwerk

Abkürzung der Firma / Organisation : Evivo

Adresse : Mühlemattstrasse 42, CH-5000 Aarau

Kontaktperson : Bruno Umiker, Leiter Geschäftsstelle Verein Evivo Netzwerk

Telefon : 062 555 56 70

E-Mail : bruno.umiker@evivo.ch

Datum : 19.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **6**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Evivo	Der Verein Evivo Netzwerk bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
Evivo	Im Verein Evivo Netzwerk setzen sich rund 15 Gesundheitsorganisationen in der Schweiz für eine Förderung von Selbstmanagement- und Gesundheitskompetenzen bei von chronischer Krankheit betroffenen Menschen ein. Gleichzeitig ist der Verein Evivo Netzwerk Mitglied der Allianz «Gesunde Schweiz». Unsere und die zahlreichen, von diversen Mitgliedorganisationen der Allianz angebotenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken,

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

	wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[2][3][4]
Evivo	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[5] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[6] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[7]

[2] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[3] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[4] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[5] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[6] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[7] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

	Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[8], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.
Evivo	Der Verein Evivo Netzwerk bezieht zu den Kostenzielen keine Stellung. Dies ist nicht mit Zustimmung gleichzusetzen.

[8] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Evivo	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventionsprogramme).	
Evivo	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
Evivo	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

Evivo	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
Evivo	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[9] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt.	

[9] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				- Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - 70 Prozent der Versicherten haben ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Die Möglichkeit, ein anderes Versicherungsmodell zu wählen, und damit die freie Arztwahl, muss erhalten bleiben. - Das Modell soll gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung der Erstberatung würde diesem Anliegen entgegenstehen. Pauschalabgeltungen führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. - Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Das Ziel, dass die Erstberatung Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
Evivo	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.	

				Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verein Morbus Wilson

Abkürzung der Firma / Organisation : Verein Morbus Wilson

Adresse : Pappelnweg 10, 4310 Rheinfelden

Kontaktperson : Präsident Beat Meyer

Telefon : 062 723 55 02

E-Mail : verein.morbus.wilson@gmail.com

Datum : 15.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **2**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **4**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Verein Morbus Wilson	**Einleitung** Sie haben am 19. August 2020 das Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) eröffnet. Verein Morbus Wilson bedankt sich für die Einladung, zur Vorlage Stellung nehmen zu können. Wir möchten grundsätzlich festhalten, dass die Grundgedanken bei den einzelnen Massnahmen aus dem Paket zwar nachvollziehbar sind, diese jedoch allein auf das Einsparen von Kosten zielen. Bei den meisten Massnahen ist die konkrete Ausgestaltung unklar und somit die Konsequenzen auf die Qualität der Behandlung für die Patientinnen und Patienten aus heutiger Sicht unsicher. Es bleiben viele Fragen offen und eine vertiefte Meinungsbildung ist schwierig. Je nach Ausformulierung gewisser Gesetzesänderungen besteht die Gefahr, dass die Massnahmen sich nachteilig auf Betroffene mit seltenen Krankheiten auswirken könnten. Sehr oft sind seltene Krankheiten schwerwiegend, verlaufen chronisch und können behindernd oder lebensbedrohend sein. Die Betroffenen und deren Angehörige haben zahlreiche Herausforderungen zu meistern: die korrekte Diagnose zu stellen ist langwierig und dauert oft Jahre oder gar Jahrzehnte. Das Wissen über den Krankheitsverlauf ist in vielen Fällen gering und es fehlt an Therapiemöglichkeiten. Wenn es für Betroffene einer seltenen Krankheit eine Behandlung gibt, handelt es sich oft nicht um eine Standardtherapie oder eine sehr neuartige Therapie. Der Prozess der Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist als Folge davon häufig langwierig und ungewiss. Regulatorische Lücken führen hier zu beträchtlichen Unsicherheiten und Rechtsungleichheiten. Mit der Umsetzung des Nationalen Konzeptes Seltene Krankheiten soll die Versorgungsqualität bei seltenen Krankheiten verbessert werden – konkret die rasche Diagnosestellung, die Versorgung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie die Forschung. Dieses Ziel einer gleichberechtigten medizinischen Versorgung von Betroffenen mit seltenen Krankheiten darf durch das Ziel, Kosten zu sparen, nicht gefährdet werden.
AGILE.CH	**Grundsätzliches** Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bereitet Verein Morbus Wilson Sorgen, da steigende Prämien Menschen mit niedrigem und mittlerem Einkommen belasten. Vielen Menschen, die auf medizinische Leistungen angewiesen sind, macht die, in der Schweiz vergleichsweise hohe, Kostenbeteiligung zusätzlich zu schaffen. Verein Morbus Wilson erwartet, dass die Kostenbeteiligung in den nächsten Jahren nicht angehoben wird, damit diese nicht zur Zugangsbarriere für Menschen in angespannten finanziellen Verhältnissen wird. Kostendämpfungsmassnahmen dürfen nicht zu Leistungsbeschränkungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP führen, denn alle Menschen in der Schweiz haben ein Recht auf einen hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung. Menschen mit seltenen Krankheiten, welche oft auch von Behinderungen betroffen sind, sind mehrheitlich gesundheitlich deutlich

	beeinträchtigter als Menschen ohne Behinderungen und damit besonders auf eine für alle zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung angewiesen. Ihr Recht auf ein Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderungen ist in der UNO-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben (Art. 25 UNO-BRK). Kostendämpfungsmassnahmen müssen zwingend so ausgestaltet werden, dass sie nicht zu einer Benachteiligung von gewissen Gruppen führen. Das Modell der Erstberatungsstelle wird beispielsweise Menschen mit einer seltenen Krankheit, deren ärztliche Hauptansprechperson häufig eine Fachärztin/ ein Facharzt ist, nicht gerecht. Die CVP-Kostenbremse-Initiative lehnt Verein Morbus Wilson dezidiert ab, denn sie würde durch die starre Koppelung der Kostenentwicklungs-Zielvorgabe an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und den Lohnindex zu einer Rationierung von Leistungen und damit zu einer Zweiklassengesellschaft bei der medizinischen Versorgung führen. Verein Morbus Wilson ist überzeugt, dass Betreuung und Zuwendung den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten wesentlich beeinflussen. Die Ausschöpfung des Effizienzpotenzials im Gesundheitswesen darf deshalb nicht dazu führen, dass Zuwendung und Betreuung im medizinischen Alltag zukünftig noch weniger Platz haben werden. Im Gegenteil sollten diese beiden Elemente gestärkt werden. Massnahmen zur Kostendämpfung sollten insbesondere auch bei der Unter-, Über- oder Fehlversorgung ansetzen. Während bei einer Überversorgung unnötige Behandlungen bezahlt werden, führen Unter- und Fehlversorgungen zu Verschlechterung des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten und damit zu hohen Folgekosten. Es braucht u.a. weitere Anstrengungen, damit korrekte Diagnosen möglichst rasch gestellt und damit die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Im Bereich seltene Krankheiten wurden in diesem Jahr in der ganzen Schweiz interdisziplinäre und krankheitsübergreifende Zentren für Seltene Krankheiten von der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten kosek anerkannt. Die Bezeichnung von krankheitsspezifischen Referenzzentren inkl. Netzwerken wird bald folgen. Bei der gesetzlichen Ausgestaltung müssen auch solche neuen spezialisierten Zentren berücksichtigt werden, damit auch diese ihre koordinativen Aufgaben vergütet bekommen.
Verein Morbus Wilson	**Generelle Rückmeldungen zum zweiten Kostendämpfungs-Massnahmenpaket** Verein Morbus Wilson begrüsst die Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung, denn viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Besch Verein Morbus Wilson werden betroffen, deren effiziente Behandlung eine Abstimmung zwischen den involvierten Fachärztinnen und -ärzten voraussetzt. Verein Morbus Wilson hofft, dass die Einführung von Preismodellen zu einem schnelleren Zugang zu neuen Medikamenten führt. Im heutigen System führen blockierte Tarifverhandlungen regelmässig dazu, dass Menschen, die dringend auf neue Arzneimittel angewiesen werden, lange warten und u.U. eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in Kauf nehmen müssen. Es braucht dringend Vorkehrungen, damit blockierte Verhandlungen nicht zu Unterversorgungen und schliesslich zu höheren Kosten wegen Verschlechterungen des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten führen. Zusätzlich soll die Perspektive der Patientinnen und Patienten bei den Preisverhandlungen von neuen Therapien hinsichtlich der Frage nach der Wirksamkeit in Zukunft systematisch einbezogen werden. Die Einführung einer Zielvorgabe für die OKP-Kostenentwicklung lehnt Verein Morbus Wilson klar ab, denn die zunehmende Alterung der Bevölkerung und der damit einhergehende höhere Bedarf an Gesundheitsversorgung darf nicht mit einer Rationierung von Gesundheitsleistungen korrigiert werden.

	Sollte die Zielvorgabe trotzdem eingeführt werden, müsste mittels eines Monitorings sichergestellt werden, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt und allfällige Verschlechterungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zeitnah korrigiert werden können. Auch die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle lehnt Verein Morbus Wilson ab, da die Patientenautonomie dadurch beschnitten würde. Besondere Patientengruppen, wie beispielsweise Menschen mit seltenen Krankheiten, welche oft auf die Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte angewiesen sind, werden mit diesen Modellen benachteiligt. Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erfreuen sich bereits heute grosser Beliebtheit in der Bevölkerung. Verein Morbus Wilson ist überzeugt, dass mit einer gezielten Förderung weitere Menschen auf freiwilliger Basis für diese Versicherungsmodelle gewonnen werden könnten.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Verein Morbus Wilson	21			Verein Morbus Wilson unterstützt die Verpflichtung der Krankenversicherer zur Weitergabe von Daten grundsätzlich. Eine gute Datengrundlage ist unabdingbar, um Über-, Fehl- und Unterversorgung zu erkennen, zu korrigieren und dadurch unnötige Kosten zu verhindern. Die Weitergabe von Daten pro versicherte Person lehnt Verein Morbus Wilson jedoch ab. Verein Morbus Wilson befürchtet, dass die Ausweisung der Gesamtkosten für bestimmte Krankheiten zu Diskussionen führen würde, wieviel ein gewonnenes Lebensjahr von schwer erkrankten Menschen kosten darf. Damit würde die Verpflichtung, den Zugang zu medizinischen Einrichtungen und zu ärztlicher Betreuung im Krankheitsfall für *alle* sicherzustellen (Art. 12 Abs. 2 lit. b UNO-Pakt I), in Frage gestellt. Sollte die Weitergabe von Daten pro versicherte Person eine Mehrheit finden, müsste bei der Veröffentlichung von Daten sichergestellt werden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.	[2]Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. ~~Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:~~ ~~a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Mass-nahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;~~ ~~b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungender und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im~~

					~~Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;~~ ~~c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;~~ d. ~~zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.~~
AGILE.CH	32	3		Mit diesem neuen Gesetzesabsatz wird der Bundesrat ermächtigt festzulegen, wie die Prüfung WZW-Kriterien erfolgen soll und welche Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung gelten. Zukünftig soll die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen wie bspw. Arzneimittel) zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung (z.B. Einführung bzw. Erstaufnahme, etablierte Anwendung, Ablösung durch neue Leistungen) mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe differenziert erfolgen können. Die erstmalige WZW-Prüfung einer Leistung soll jeweils systematisch und vollständig durchgeführt werden. Bei den periodischen Überprüfungen soll eine vertiefte Prüfung der Kriterien erfolgen, soweit dies angezeigt ist. So kann bereits einige Jahre nach der erstmaligen WZW-Prüfung einer Leistung im Rahmen der Neuaufnahme in den Leistungskatalog der OKP der Prüfung von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nicht mehr das gleiche Gewicht zukommen wie bei der Aufnahme. Ausnahmen gibt es insbesondere, wenn neue Studien und Daten vorliegen, die eine Veränderung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit seit der Aufnahme nachweisen.	Artikel streichen

				Verein Morbus Wilson befürchtet, dass mit dieser neuen Regelung das Kostengünstigkeitsprinzip durchgesetzt wird und die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit an Bedeutung verlieren. Um den Patienten/ die Patientin konsequent ins Zentrum zu stellen, wie dies in der Strategie Gesundheit2020 vorgesehen war, sollte das Kriterium Zweckmässigkeit besondere Beachtung erhalten und bei allen Überprüfungen einbezogen werden. Bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit sollen im Fall neuartigen und komplexen Therapien medizinische Fachexperten und Patientinnen und Patienten bzw. die sie vertretenden Organisationen einbezogen werden. Auch muss bei seltenen Krankheiten die Häufigkeit der Krankheit berücksichtigt werden..	
AGILE.CH	36b			Viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Beschwerden betroffen, wobei sowohl die Kombination von körperlichen und psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Rückenschmerzen und Depression) als auch das gleichzeitige Vorliegen von verschiedenen somatischen respektive psychischen Störungen vorkommen. Die gute Abstimmung bei Übergängen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen unterschiedlicher Ausrichtungen sind für sie essenziell. Verein Morbus Wilson begrüsst deshalb die Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und fordert gleichzeitig, dass ein besonderes Augenmerk auf den hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu den Netzwerken gerichtet werden muss. Ebenfalls müssen die Bedürfnisse von Menschen mit seltenen Krankheiten berücksichtigt werden. Für diese Patientengruppe wurden in diesem Jahr in der ganzen Schweiz interdisziplinäre und krankheitsübergreifende Zentren für Seltene Krankheiten von der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten kosek anerkannt. Die Bezeichnung von krankheitsspezifischen Referenzzentren inkl. Netzwerken wird bald folgen. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind diese	[2]Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Er berücksichtigt dabei, den rechtsgleichen Zugang zu einer adäquaten Behandlung für alle Patienten, speziell im Fall von seltenen Krankheiten. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. [3]Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: […] h. die Gewährleistung eines barrierefreien und diskriminierungsfreien Zugangs zum Netzwerk i das in den Abläufen verankerte Mitspracherecht

				Strukturen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung (gemäss Art. 36b) hinsichtlich Vergütung von Leistungen und Koordinationsaufgaben gleichzustellen. Sollte sich das Modell der Erstberatungsstelle durchsetzen, sollen die Zentren und ihre Netzwerke den Status einer Erstberatungsstelle (Art. 40a) erhalten. Da die Netzwerke neu eingeführt werden, sollten sie nach ca. 5 Jahren evaluiert werden, um sie weiterentwickeln zu können. Verein Morbus Wilson schlägt vor, die Evaluation im Gesetz vorzusehen. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer betrieben und / oder kontrolliert werden.	von Patientinnen und Patienten [4]Der Bundesrat sorgt dafür, dass die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung gestützt auf regelmässige Überprüfungen kontinuierlich weiterentwickelt werden.
AGILE.CH	40a			Verein Morbus Wilson anerkennt, dass vertraute ärztliche Ansprechpersonen insbesondere für Menschen, die regelmässig Medikamente einnehmen und/oder medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen müssen, hilfreich sind. Bereits heute verfügt die Mehrheit der versicherten Personen über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und verpflichten sich damit, vor dem Aufsuchen eines Facharztes/ einer Fachärztin den Hausarzt/ die Hausärztin oder die Telemed-Stelle zu kontaktieren. Verein Morbus Wilson begrüsst es, wenn diese Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer vom Bund gezielt gefördert werden, z.B. mittels Kampagnen. Hingegen lehnt Verein Morbus Wilson den Vorschlag des Bundesrats dezidiert ab, eine Verpflichtung zur Erstabklärung bei einer	Der Artikel «Erstberatungsstelle» ist zu streichen. Neue Gesetzesgrundlage Der Bundesrat und die Krankenversicherer fördern Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie können dazu namentlich Prämienrabatte gewähren oder nationale Kampagnen durchführen.

				Erstberatungsstelle einzuführen. Indem die Entscheidungskompetenz zur Form der Behandlung der Erstberatungsstelle übertragen wird, wird die Patientenautonomie beschnitten. Bei der oft langen ärztlichen Odyssee zur Diagnose einer seltenen Krankheit, kommt es oft zur Situation, dass der Hausarzt / die Hausärztin keine Ursache finden kann, die Patientin oder der Patient jedoch spürt, dass etwas nicht stimmt. Der Zwang zur Erstberatung würde zukünftig dazu führen, dass nur eine Fachärztin oder Facharzt aufgesucht werden könnte, wenn die Erstberatungsstelle zustimmt, was zwangsläufig zu einem Machtgefälle und die Abhängigkeit zwischen Patienten und Erstberatungsstelle führt. Verein Morbus Wilson befürchtet, dass die Erstberatungsstellen unter Druck stehen würden, nicht zu oft Überweisungen an Fachärztinnen und -ärzte vorzunehmen, insbesondere auch bei Patientinnen und Patienten ohne klare Diagnose. Bei Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten könnte das dazu führen, dass die Diagnose noch später gestellt würde, weil ihr Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten beschränkt wäre. Die Erstberatungsstelle könnte auch das Einholen von einer medizinischen Zweitmeinung verhindern, obwohl dadurch erwiesenermassen unnötige Eingriffe, Behandlungen und Therapien verhindert werden können. Für viele Menschen stellen die Krankenkassenprämien eine grosse finanzielle Belastung dar. Der durch das Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erworbenen Rabatt ist für sie wichtig. Mit der Einführung der Erstberatungsstelle würde dieser Rabatt wegfallen, was für viele Menschen zu einer Erhöhung ihrer Prämie führen würde. Es gilt auch zu bedenken, dass es Krankheiten gibt, welche hauptverantwortlich von einem Facharzt/ einer Fachärztin behandelt werden. Bei der zystischer Fibrose ist dies	

				beispielsweise der Lungenspezialist/ die Lungenspezialistin. Bei solchen Krankheiten macht es keinen Sinn, die Erstberatung bei einer Ärztin oder einen Arzt mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Kinder- und Jugendmedizin oder um einen praktischen Arzt oder eine praktische Ärztin zu verorten.	
AGILE.CH	42	3ter		Verein Morbus Wilson begrüsst es grundsätzlich, dass die elektronische Rechnungsstellung im Gesundheitswesen zur Norm werden soll. Verein Morbus Wilson fordert, dass bei der Definition von gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronische Übermittlung der Rechnung ein besonderes Augenmerk auf die Zugänglichkeit für blinde Menschen gemäss Art. 9 UNO-BRK gerichtet werden muss. Blinde Menschen sind bei der Erarbeitung der Rechnungsvorlagen zwingend einzubinden. Verein Morbus Wilson regt an, die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit von Rechnungen für medizinische Leistungen zu verbessern. Verein Morbus Wilson findet es wichtig, dass versicherte Personen selber entscheiden können, ob sie die Rechnung in elektronischer Form oder kostenlos in Papierform erhalten möchten.	[3ter]Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln, wobei die Lesbarkeit für blinde Menschen gewährleistet sein muss. Die elektronische Rechnung sollte auch den Patienten zugestellt werde. Nur sie können feststellen ob alles korrekt verrechnet wurde
	52	1		Im Einleitungssatz soll der Verweis auf den gesamten Artikel 32 KVG (WZW-Kriterien) ausgeweitet werden, weil der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung spezifisch auf Arzneimittel, Analyse sowie Mittel und Gegenstände angewendet werden soll. Verein Morbus Wilson befürchtet, dass Menschen mit einer chronischen Krankheiten Verein Morbus Wilson, welche auf die regelmässige Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, in der Folge ihre Medikamente im Jahresrhythmus wechseln müssen, wenn sie die Differenz zwischen der festgelegten Vergütung und dem Preis ihres bewährten Medikaments nicht bezahlen können. Ebenfalls	[1]Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6: Es darf nicht nur der Preis massgebend sein (Generika) sondern die Verträglich- und Wirksamkeit.

				kann die Neueinstellung auf das kostengünstigere Medikament mit zusätzlichen Kosten für die Betreuung von Nebenwirkungen oder Beratung zur Korrekten Einnahme generieren. Verein Morbus Wilson lehnt die vorgeschlagene Änderung aus den genannten Gründen ab.	
AGILE.CH	52b			Für Menschen, die auf ein Medikament angewiesen sind, das sich noch im Zulassungsverfahren befindet, ist es zentral, dass Medikamente ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic für sie verfügbar sind. Verein Morbus Wilson erwartet, dass Patientinnen und Patienten durch die Einführung der vorgeschlagenen Preismodelle zukünftig deutlich rascher neue Medikamente erhalten. Mit der Einführung eines Fonds, über den neue Medikamente während Preisverhandlungen bezahlt werden könnten, könnte ihre rasche Verfügbarkeit gewährleistet werden.	
AGILE.CH	52c			Verein Morbus Wilson unterstützt die Geheimhaltung der Höhe von Rückerstattungen zum Schutz der Pharmaindustrie, wenn dadurch tiefere Preise ausgehandelt und der zeitnahe Zugang (direkt ab dem positiven Zulassungsentscheid von Swissmedic) zu neuen innovativen Therapien gefördert werden können.	
AGILE.CH	54			Verein Morbus Wilson lehnt Kostenziele für das OKP-Wachstum dezidiert ab, da die Gefahr besteht, dass demografisch bedingte Mehrkosten durch Rationierungen von Leistungen kompensiert werden. Sollte die Bestimmung beibehalten werden, müsste zumindest folgender Absatz 6 ergänzt werden: «Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge stellt er sicher, dass es keine Rationierungen von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt.»	Artikel streichen
	54d			Verein Morbus Wilson bevorzugt klar die weniger verbindliche Variante von Art. 54d mit der Kann-Formulierung.	Kann-Bestimmung aufnehmen, falls Kostenziele eingeführt werden.

	54e			Menschen mit seltenen Krankheiten, Behinderungen und chronischen Krankheiten können am besten beurteilen, welche Behandlungen und Medikamente ihre Lebensqualität verbessern. Ihr Einbezug in der Eidgenössischen Kommission für Kostenziele ist deshalb unabdingbar. Verein Morbus Wilson fordert deshalb, vier Vertretungen von Versicherten und Patientenorganisationen in der Kommission vorzusehen, davon mindestens zwei Personen, die selbst mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit leben und die Perspektive der Leistungsempfänger/innen in die Diskussion einbringen können. Um die Unabhängigkeit der Patientinnen- und Patientenvertretungen zu gewährleisten, ist die Kommissionsarbeit angemessen zu entschädigen. Sind Patientenorganisationen auf finanzielle Unterstützung von Pharmafirmen angewiesen, um ihr Erfahrungswissen und ihre Betroffenenkompetenz in solchen Gremien einzubringen, wird die Unabhängigkeit geschmälert. Verein Morbus Wilson regt zudem an, die Kommissionssitzungen zu protokollieren, um die Transparenz zu gewährleisten.	Zusätzlicher Absatz [4]Mindestens 4 Personen vertreten die Perspektive der versicherten Personen sowie der Patientinnen und Patienten, wobei mindestens zwei Personen selbst aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung Patientinnen und Patienten sind.
	IV	14		Kinder und Jugendliche haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anrecht auf medizinische Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Erwerbstätigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei Geburtsgebrechen, die in der GGL enthalten sind, übernimmt die IV ohne Rücksicht auf die spätere Erwerbstätigkeit alle medizinisch notwendigen Massnahmen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ist es essenziell, dass Behandlungen rasch erfolgen können und dass eine Behandlung im Zweifelsfall finanziert wird. Der Vorrang der kostengünstigen Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 E-KVG ist insbesondere auch für das IVG entschieden	Art. 14 Abs. 1 Bst. d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Habilitation und Rehabilitation; [4]Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die ~~persönlichen Verhältnisse~~ persönliche Lebenssituation der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

				abzulehnen. Mit der Behandlung im Kindesalter werden wichtige Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben, für die gesellschaftliche Teilhabe und für die Erwerbstätigkeit gelegt. Die Zielsetzungen der Vergütungen von Behandlungen nach Art. 13 + 14 IVG unterscheiden sich somit wesentlich von den Zielsetzungen der OKP-Behandlungen. Die Offenheit für verschiedenste Behandlungsformen sollte in der IV unbedingt beibehalten werden. Dabei ist die Besonderheit von seltenen Krankheiten zu berücksichtigen, wie beispielsweise die kleineren Populationsgrösse welche sowohl Einfluss auf die statistische Auswertung als auch auf das Studiendesign haben könnten, der inhomogenen Patientengruppe und der damit verbleibenden Datenunsicherheiten bzw. -lücken. Hier ist auch zu erwähnen, dass die Revision der GG-Liste u.a. auch das Ziel verfolgt, weitere seltene Krankheiten, welche selbstverständlich die vorgegebenen Kriterien erfüllen müssen, aufzunehmen. Verein Morbus Wilson lehnt deshalb eine Angleichung der IVG-Bestimmungen an die KVG-Regelungen, die auf Rehabilitation ausgerichtet sind, klar ab. Verein Morbus Wilson fordert, dass der Begriff «Habilitation» gemäss Art.26 UNO-Behindertenrechtskonvention in Art. 14 IVG übertragen wird. Die Formulierung in Abs. 4 ist für Verein Morbus Wilson nicht klar. Wir gehen davon aus, dass auf die persönliche Lebenssituation und nicht auf die finanziellen Verhältnisse Rücksicht genommen wird. Verein Morbus Wilson schlägt vor, die Bestimmung präziser zu formulieren.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verein „Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen“ Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : verein-mps www.verein-mps.ch

Adresse : Karen Peci Tössriederenstrasse 74 CH-8193 Eglisau

Kontaktperson : Präsidentin Karen Peci

Telefon : 044 867 16 50

E-Mail : karen.peci@bluewin.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **5**

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Verein-mps	**Einleitung** Sie haben am 19. August 2020 das Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) eröffnet. Verein „Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen“ Schweiz bedankt sich für die Einladung, zur Vorlage Stellung nehmen zu können. Wir möchten grundsätzlich festhalten, dass die Grundgedanken bei den einzelnen Massnahmen aus dem Paket zwar nachvollziehbar sind, diese jedoch allein auf das Einsparen von Kosten zielen. Bei den meisten Massnahen ist die konkrete Ausgestaltung unklar und somit die Konsequenzen auf die Qualität der Behandlung für die Patientinnen und Patienten aus heutiger Sicht unsicher. Es bleiben viele Fragen offen und eine vertiefte Meinungsbildung ist schwierig. Je nach Ausformulierung gewisser Gesetzesänderungen besteht die Gefahr, dass die Massnahmen sich nachteilig auf Betroffene mit seltenen Krankheiten auswirken könnten. Sehr oft sind seltene Krankheiten schwerwiegend, verlaufen chronisch und können behindernd oder lebensbedrohend sein. Die Betroffenen und deren Angehörige haben zahlreiche Herausforderungen zu meistern: die korrekte Diagnose zu stellen ist langwierig und dauert oft Jahre oder gar Jahrzehnte. Das Wissen über den Krankheitsverlauf ist in vielen Fällen gering und es fehlt an Therapiemöglichkeiten. Wenn es für Betroffene einer seltenen Krankheit eine Behandlung gibt, handelt es sich oft nicht um eine Standardtherapie oder eine sehr neuartige Therapie. Der Prozess der Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist als Folge davon häufig langwierig und ungewiss. Regulatorische Lücken führen hier zu beträchtlichen Unsicherheiten und Rechtsungleichheiten. Mit der Umsetzung des Nationalen Konzeptes Seltene Krankheiten soll die Versorgungsqualität bei seltenen Krankheiten verbessert werden – konkret die rasche Diagnosestellung, die Versorgung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie die Forschung. Dieses Ziel einer gleichberechtigten medizinischen Versorgung von Betroffenen mit seltenen Krankheiten darf durch das Ziel, Kosten zu sparen, nicht gefährdet werden.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.AGILE.CH	**Grundsätzliches** Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bereitet „mps“ Sorgen, da steigende Prämien Menschen mit niedrigem und mittlerem Einkommen belasten. Vielen Menschen, die auf medizinische Leistungen angewiesen sind, macht die, in der Schweiz vergleichsweise hohe, Kostenbeteiligung zusätzlich zu schaffen. „mps“ erwartet, dass die Kostenbeteiligung in den nächsten Jahren nicht angehoben wird, damit diese nicht zur Zugangsbarriere für Menschen in angespannten finanziellen Verhältnissen wird. Kostendämpfungsmassnahmen dürfen nicht zu Leistungsbeschränkungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP führen, denn alle Menschen in der Schweiz haben ein Recht auf einen hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung. Menschen mit seltenen Krankheiten, welche oft auch von Behinderungen betroffen sind, sind mehrheitlich

	gesundheitlich deutlich beeinträchtigter als Menschen ohne Behinderungen und damit besonders auf eine für alle zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung angewiesen. Ihr Recht auf ein Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderungen ist in der UNO-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben (Art. 25 UNO-BRK). Kostendämpfungsmassnahmen müssen zwingend so ausgestaltet werden, dass sie nicht zu einer Benachteiligung von gewissen Gruppen führen. Das Modell der Erstberatungsstelle wird beispielsweise Menschen mit einer seltenen Krankheit, deren ärztliche Hauptansprechperson häufig eine Fachärztin/ ein Facharzt ist, nicht gerecht. Die CVP-Kostenbremse-Initiative lehnt „mps“ dezidiert ab, denn sie würde durch die starre Koppelung der Kostenentwicklungs-Zielvorgabe an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und den Lohnindex zu einer Rationierung von Leistungen und damit zu einer Zweiklassengesellschaft bei der medizinischen Versorgung führen. Der Verein-mps ist überzeugt, dass Betreuung und Zuwendung den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten wesentlich beeinflussen. Die Ausschöpfung des Effizienzpotenzials im Gesundheitswesen darf deshalb nicht dazu führen, dass Zuwendung und Betreuung im medizinischen Alltag zukünftig noch weniger Platz haben werden. Im Gegenteil sollten diese beiden Elemente gestärkt werden. Massnahmen zur Kostendämpfung sollten insbesondere auch bei der Unter-, Über- oder Fehlversorgung ansetzen. Während bei einer Überversorgung unnötige Behandlungen bezahlt werden, führen Unter- und Fehlversorgungen zu Verschlechterung des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten und damit zu hohen Folgekosten. Es braucht u.a. weitere Anstrengungen, damit korrekte Diagnosen möglichst rasch gestellt und damit die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Im Bereich seltene Krankheiten wurden in diesem Jahr in der ganzen Schweiz interdisziplinäre und krankheitsübergreifende Zentren für Seltene Krankheiten von der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten kosek anerkannt. Die Bezeichnung von krankheitsspezifischen Referenzzentren inkl. Netzwerken wird bald folgen. Bei der gesetzlichen Ausgestaltung müssen auch solche neuen spezialisierten Zentren berücksichtigt werden, damit auch diese ihre koordinativen Aufgaben vergütet bekommen.
Verein-mps	**Generelle Rückmeldungen zum zweiten Kostendämpfungs-Massnahmenpaket** Der Verein-mps begrüsst die Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung, denn viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Beschwerden betroffen, deren effiziente Behandlung eine Abstimmung zwischen den involvierten Fachärztinnen und -ärzten voraussetzt. „mps“ hofft, dass die Einführung von Preismodellen zu einem schnelleren Zugang zu neuen Medikamenten führt. Im heutigen System führen blockierte Tarifverhandlungen regelmässig dazu, dass Menschen, die dringend auf neue Arzneimittel angewiesen werden, lange warten und u.U. eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in Kauf nehmen müssen. Es braucht dringend Vorkehrungen, damit blockierte Verhandlungen nicht zu Unterversorgungen und schliesslich zu höheren Kosten wegen Verschlechterungen des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten führen. Zusätzlich soll die Perspektive der Patientinnen und Patienten bei den Preisverhandlungen von neuen Therapien hinsichtlich der Frage nach der Wirksamkeit in Zukunft systematisch einbezogen werden. Die Einführung einer Zielvorgabe für die OKP-Kostenentwicklung lehnt „mps“ klar ab, denn die zunehmende Alterung der Bevölkerung und der damit einhergehende höhere Bedarf an Gesundheitsversorgung darf nicht mit einer Rationierung von Gesundheitsleistungen korrigiert werden.

	Sollte die Zielvorgabe trotzdem eingeführt werden, müsste mittels eines Monitorings sichergestellt werden, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt und allfällige Verschlechterungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zeitnah korrigiert werden können. Auch die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle lehnt „mps“ab, da die Patientenautonomie dadurch beschnitten würde. Besondere Patientengruppen, wie beispielsweise Menschen mit seltenen Krankheiten, welche oft auf die Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte angewiesen sind, werden mit diesen Modellen benachteiligt. Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erfreuen sich bereits heute grosser Beliebtheit in der Bevölkerung. Der Verein-mps ist überzeugt, dass mit einer gezielten Förderung weitere Menschen auf freiwilliger Basis für diese Versicherungsmodelle gewonnen werden könnten.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Verein-mps	21			Der Verein mps unterstützt die Verpflichtung der Krankenversicherer zur Weitergabe von Daten grundsätzlich. Eine gute Datengrundlage ist unabdingbar, um Über-, Fehl- und Unterversorgung zu erkennen, zu korrigieren und dadurch unnötige Kosten zu verhindern. Die Weitergabe von Daten pro versicherte Person lehnt „mps“ jedoch ab. „mps“ befürchtet, dass die Ausweisung der Gesamtkosten für bestimmte Krankheiten zu Diskussionen führen würde, wieviel ein gewonnenes Lebensjahr von schwer erkrankten Menschen kosten darf. Damit würde die Verpflichtung, den Zugang zu medizinischen Einrichtungen und zu ärztlicher Betreuung im Krankheitsfall für *alle* sicherzustellen (Art. 12 Abs. 2 lit. b UNO-Pakt I), in Frage gestellt. Sollte die Weitergabe von Daten pro versicherte Person eine Mehrheit finden, müsste bei der Veröffentlichung von Daten sichergestellt werden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.	[2]Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. ~~Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:~~ ~~a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Mass-nahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;~~ ~~b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungender~~

					~~und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;~~ ~~c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;~~ d. ~~zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.~~
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	32	3		Mit diesem neuen Gesetzesabsatz wird der Bundesrat ermächtigt festzulegen, wie die Prüfung WZW-Kriterien erfolgen soll und welche Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung gelten. Zukünftig soll die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen wie bspw. Arzneimittel) zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung (z.B. Einführung bzw. Erstaufnahme, etablierte Anwendung, Ablösung durch neue Leistungen) mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe differenziert erfolgen können. Die erstmalige WZW-Prüfung einer Leistung soll jeweils systematisch und vollständig durchgeführt werden. Bei den periodischen Überprüfungen soll eine vertiefte Prüfung der Kriterien erfolgen, soweit dies angezeigt ist. So kann bereits einige Jahre nach der erstmaligen WZW-Prüfung einer Leistung im Rahmen der Neuaufnahme in den Leistungskatalog der OKP der Prüfung von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nicht mehr das gleiche Gewicht zukommen wie bei der Aufnahme. Ausnahmen gibt es insbesondere, wenn neue Studien und Daten vorliegen, die	Artikel streichen

				eine Veränderung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit seit der Aufnahme nachweisen. Der Verein-mps befürchtet, dass mit dieser neuen Regelung das Kostengünstigkeitsprinzip durchgesetzt wird und die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit an Bedeutung verlieren. Um den Patienten/ die Patientin konsequent ins Zentrum zu stellen, wie dies in der Strategie Gesundheit2020 vorgesehen war, sollte das Kriterium Zweckmässigkeit besondere Beachtung erhalten und bei allen Überprüfungen einbezogen werden. Bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit sollen im Fall neuartigen und komplexen Therapien medizinische Fachexperten und Patientinnen und Patienten bzw. die sie vertretenden Organisationen einbezogen werden. Auch muss bei seltenen Krankheiten die Häufigkeit der Krankheit berücksichtigt werden..	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.AGILE.CH	36b			Viele Menschen mit Behinderungen sind von komorbiden Beschwerden betroffen, wobei sowohl die Kombination von körperlichen und psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Rückenschmerzen und Depression) als auch das gleichzeitige Vorliegen von verschiedenen somatischen respektive psychischen Störungen vorkommen. Die gute Abstimmung bei Übergängen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen unterschiedlicher Ausrichtungen sind für sie essenziell. „mps“ begrüsst deshalb die Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und fordert gleichzeitig, dass ein besonderes Augenmerk auf den hindernis- und diskriminierungsfreien Zugang zu den Netzwerken gerichtet werden muss. Ebenfalls müssen die Bedürfnisse von Menschen mit seltenen Krankheiten berücksichtigt werden. Für diese Patientengruppe wurden in diesem Jahr in der ganzen Schweiz interdisziplinäre und krankheitsübergreifende Zentren für Seltene Krankheiten von	[2]Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Er berücksichtigt dabei, den rechtsgleichen Zugang zu einer adäquaten Behandlung für alle Patienten, speziell im Fall von seltenen Krankheiten. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. [3]Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen:

				der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten kosek anerkannt. Die Bezeichnung von krankheitsspezifischen Referenzzentren inkl. Netzwerken wird bald folgen. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind diese Strukturen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung (gemäss Art. 36b) hinsichtlich Vergütung von Leistungen und Koordinationsaufgaben gleichzustellen. Sollte sich das Modell der Erstberatungsstelle durchsetzen, sollen die Zentren und ihre Netzwerke den Status einer Erstberatungsstelle (Art. 40a) erhalten. Da die Netzwerke neu eingeführt werden, sollten sie nach ca. 5 Jahren evaluiert werden, um sie weiterentwickeln zu können. Der Verein-mps schlägt vor, die Evaluation im Gesetz vorzusehen. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer betrieben und / oder kontrolliert werden.	[…] h. die Gewährleistung eines barrierefreien und diskriminierungsfreien Zugangs zum Netzwerk i das in den Abläufen verankerte Mitspracherecht von Patientinnen und Patienten [4]Der Bundesrat sorgt dafür, dass die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung gestützt auf regelmässige Überprüfungen kontinuierlich weiterentwickelt werden.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.AGILE.CH	40a			Der Verein-mps anerkennt, dass vertraute ärztliche Ansprechpersonen insbesondere für Menschen, die regelmässig Medikamente einnehmen und/oder medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen müssen, hilfreich sind. Bereits heute verfügt die Mehrheit der versicherten Personen über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und verpflichten sich damit, vor dem Aufsuchen eines Facharztes/ einer Fachärztin den Hausarzt/ die Hausärztin oder die Telemed-Stelle zu kontaktieren. „mps“ begrüsst es, wenn diese Versicherungsmodelle mit	Der Artikel «Erstberatungsstelle» ist zu streichen. Neue Gesetzesgrundlage Der Bundesrat und die Krankenversicherer fördern Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie können dazu namentlich Prämienrabatte gewähren oder nationale Kampagnen durchführen.

				eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer vom Bund gezielt gefördert werden, z.B. mittels Kampagnen. Hingegen lehnt „mps“ den Vorschlag des Bundesrats dezidiert ab, eine Verpflichtung zur Erstabklärung bei einer Erstberatungsstelle einzuführen. Indem die Entscheidungskompetenz zur Form der Behandlung der Erstberatungsstelle übertragen wird, wird die Patientenautonomie beschnitten. Bei der oft langen ärztlichen Odyssee zur Diagnose einer seltenen Krankheit, kommt es oft zur Situation, dass der Hausarzt / die Hausärztin keine Ursache finden kann, die Patientin oder der Patient jedoch spürt, dass etwas nicht stimmt. Der Zwang zur Erstberatung würde zukünftig dazu führen, dass nur eine Fachärztin oder Facharzt aufgesucht werden könnte, wenn die Erstberatungsstelle zustimmt, was zwangsläufig zu einem Machtgefälle und die Abhängigkeit zwischen Patienten und Erstberatungsstelle führt. Der Verein-mps befürchtet, dass die Erstberatungsstellen unter Druck stehen würden, nicht zu oft Überweisungen an Fachärztinnen und -ärzte vorzunehmen, insbesondere auch bei Patientinnen und Patienten ohne klare Diagnose. Bei Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten könnte das dazu führen, dass die Diagnose noch später gestellt würde, weil ihr Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten beschränkt wäre. Die Erstberatungsstelle könnte auch das Einholen von einer medizinischen Zweitmeinung verhindern, obwohl dadurch erwiesenermassen unnötige Eingriffe, Behandlungen und Therapien verhindert werden können. Für viele Menschen stellen die Krankenkassenprämien eine grosse finanzielle Belastung dar. Der durch das Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erworbenen Rabatt ist für sie wichtig. Mit der Einführung der Erstberatungsstelle würde dieser Rabatt wegfallen, was für viele Menschen zu einer Erhöhung ihrer	

				Prämie führen würde. Es gilt auch zu bedenken, dass es Krankheiten gibt, welche hauptverantwortlich von einem Facharzt/ einer Fachärztin behandelt werden. Bei der zystischer Fibrose ist dies beispielsweise der Lungenspezialist/ die Lungenspezialistin. Bei solchen Krankheiten macht es keinen Sinn, die Erstberatung bei einer Ärztin oder einen Arzt mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Kinder- und Jugendmedizin oder um einen praktischen Arzt oder eine praktische Ärztin zu verorten.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.AGILE.CH	42	3ter		Der Verein-mps begrüsst es grundsätzlich, dass die elektronische Rechnungsstellung im Gesundheitswesen zur Norm werden soll. „mps“ fordert, dass bei der Definition von gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronische Übermittlung der Rechnung ein besonderes Augenmerk auf die Zugänglichkeit für blinde Menschen gemäss Art. 9 UNO-BRK gerichtet werden muss. Blinde Menschen sind bei der Erarbeitung der Rechnungsvorlagen zwingend einzubinden. „mps“ regt an, die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit von Rechnungen für medizinische Leistungen zu verbessern. „mps“ findet es wichtig, dass versicherte Personen selber entscheiden können, ob sie die Rechnung in elektronischer Form oder kostenlos in Papierform erhalten möchten.	[3ter]Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln, wobei die Lesbarkeit für blinde Menschen gewährleistet sein muss.
	52	1		Im Einleitungssatz soll der Verweis auf den gesamten Artikel 32 KVG (WZW-Kriterien) ausgeweitet werden, weil der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung spezifisch auf Arzneimittel, Analyse sowie Mittel und Gegenstände angewendet werden soll. „mps“ befürchtet, dass Menschen mit einer chronischen Krankheit, welche auf die regelmässige Einnahme von	[1]Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

				Medikamenten angewiesen sind, in der Folge ihre Medikamente im Jahresrhythmus wechseln müssen, wenn sie die Differenz zwischen der festgelegten Vergütung und dem Preis ihres bewährten Medikaments nicht bezahlen können. Ebenfalls kann die Neueinstellung auf das kostengünstigere Medikament mit zusätzlichen Kosten für die Betreuung von Nebenwirkungen oder Beratung zur Korrekten Einnahme generieren. „mps“ lehnt die vorgeschlagene Änderung aus den genannten Gründen ab.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.AGILE.CH	52b			Für Menschen, die auf ein Medikament angewiesen sind, das sich noch im Zulassungsverfahren befindet, ist es zentral, dass Medikamente ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic für sie verfügbar sind. „mps“ erwartet, dass Patientinnen und Patienten durch die Einführung der vorgeschlagenen Preismodelle zukünftig deutlich rascher neue Medikamente erhalten. Mit der Einführung eines Fonds, über den neue Medikamente während Preisverhandlungen bezahlt werden könnten, könnte ihre rasche Verfügbarkeit gewährleistet werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.AGILE.CH	52c			Der Verein-mps unterstützt die Geheimhaltung der Höhe von Rückerstattungen zum Schutz der Pharmaindustrie, wenn dadurch tiefere Preise ausgehandelt und der zeitnahe Zugang (direkt ab dem positiven Zulassungsentscheid von Swissmedic) zu neuen innovativen Therapien gefördert werden können.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.AGILE.CH	54			Der Verein-mps lehnt Kostenziele für das OKP-Wachstum dezidiert ab, da die Gefahr besteht, dass demografisch bedingte Mehrkosten durch Rationierungen von Leistungen kompensiert werden. Sollte die Bestimmung beibehalten werden, müsste zumindest folgender Absatz 6 ergänzt	Artikel streichen

				werden: «Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge stellt er sicher, dass es keine Rationierungen von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt.»	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54d			Der Verein-mps bevorzugt klar die weniger verbindliche Variante von Art. 54d mit der Kann-Formulierung.	Kann-Bestimmung aufnehmen, falls Kostenziele eingeführt werden.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54e			Menschen mit seltenen Krankheiten, Behinderungen und chronischen Krankheiten können am besten beurteilen, welche Behandlungen und Medikamente ihre Lebensqualität verbessern. Ihr Einbezug in der Eidgenössischen Kommission für Kostenziele ist deshalb unabdingbar. „mps“ fordert deshalb, vier Vertretungen von Versicherten und Patientenorganisationen in der Kommission vorzusehen, davon mindestens zwei Personen, die selbst mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit leben und die Perspektive der Leistungsempfänger/innen in die Diskussion einbringen können. Um die Unabhängigkeit der Patientinnen- und Patientenvertretungen zu gewährleisten, ist die Kommissionsarbeit angemessen zu entschädigen. Sind Patientenorganisationen auf finanzielle Unterstützung von Pharmafirmen angewiesen, um ihr Erfahrungswissen und ihre Betroffenenkompetenz in solchen Gremien einzubringen, wird die Unabhängigkeit geschmälert. „mps“ regt zudem an, die Kommissionssitzungen zu protokollieren, um die Transparenz zu gewährleisten.	Zusätzlicher Absatz [4]Mindestens 4 Personen vertreten die Perspektive der versicherten Personen sowie der Patientinnen und Patienten, wobei mindestens zwei Personen selbst aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung Patientinnen und Patienten sind.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	IV	14		Kinder und Jugendliche haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anrecht auf medizinische Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Erwerbstätigkeit dauernd und	Art. 14 Abs. 1 Bst. d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Habilitation und Rehabilitation;

werden.				wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei Geburtsgebrechen, die in der GGL enthalten sind, übernimmt die IV ohne Rücksicht auf die spätere Erwerbstätigkeit alle medizinisch notwendigen Massnahmen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ist es essenziell, dass Behandlungen rasch erfolgen können und dass eine Behandlung im Zweifelsfall finanziert wird. Der Vorrang der kostengünstigen Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 E-KVG ist insbesondere auch für das IVG entschieden abzulehnen. Mit der Behandlung im Kindesalter werden wichtige Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben, für die gesellschaftliche Teilhabe und für die Erwerbstätigkeit gelegt. Die Zielsetzungen der Vergütungen von Behandlungen nach Art. 13 + 14 IVG unterscheiden sich somit wesentlich von den Zielsetzungen der OKP-Behandlungen. Die Offenheit für verschiedenste Behandlungsformen sollte in der IV unbedingt beibehalten werden. Dabei ist die Besonderheit von seltenen Krankheiten zu berücksichtigen, wie beispielsweise die kleineren Populationsgrösse welche sowohl Einfluss auf die statistische Auswertung als auch auf das Studiendesign haben könnten, der inhomogenen Patientengruppe und der damit verbleibenden Datenunsicherheiten bzw. -lücken. Hier ist auch zu erwähnen, dass die Revision der GG-Liste u.a. auch das Ziel verfolgt, weitere seltene Krankheiten, welche selbstverständlich die vorgegebenen Kriterien erfüllen müssen, aufzunehmen. „mps“ lehnt deshalb eine Angleichung der IVG-Bestimmungen an die KVG-Regelungen, die auf Rehabilitation ausgerichtet sind, klar ab. „mps“ fordert, dass der Begriff «Habilitation» gemäss Art.26 UNO-	[4]Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die ~~persönlichen Verhältnisse~~ persönliche Lebenssituation der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

				Behindertenrechtskonvention in Art. 14 IVG übertragen wird. Die Formulierung in Abs. 4 ist für „mps“ nicht klar. Wir gehen davon aus, dass auf die persönliche Lebenssituation und nicht auf die finanziellen Verhältnisse Rücksicht genommen wird. „mps“ schlägt vor, die Bestimmung präziser zu formulieren.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Adrian Borcea

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Grand-Place 14, 1700 Freiburg

Kontaktperson :

Telefon : 0765805999

E-Mail : dermatologie-borcea@hin.ch

Datum : 17.11.20

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Aargauischer Äerzteverband

Abkürzung der Firma / Organisation : AAV

Adresse : Im Grund 12

Kontaktperson : Nadia Haller / Geschäftsführerin

Telefon : 056 484 70 90

E-Mail : aav-haller@hin.ch

Datum : 5. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 5

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
AAV	Erstberaterstelle: Ein Obligatorium benachteiligt chronisch kranke Menschen, die auf einen spezialisierten Arzt angewiesen sind. Wird diesen Patienten der Zugang erschwert, nehmen entweder die Behandlungsqualität ab oder die Kosten zu! So gibt es seit Jahren gute Literatur, die aufzeigen, dass ein Mensch mit Diabetes Typ 1 besser und kostengünstiger beim Diabetologen behandelt wird. Gleiches trifft auch für Patienten aus dem rheumatischen Krankheitsbereich zu. Wenn also eine Erstberaterstelle zwingend ist, muss die Möglichkeit bestehen auch Spezialisten als Erstberater wählen zu können
AAV	Finanzierung: Eine Finanzierung über Kopfprämien ist schädlich für die Behandlungsqualität. Nötiges wird tendenziell nicht mehr gemacht. Werden Diagnosen verzögert gestellt entstehen Mehrkosten. Ein Vergleich mit dem Ausland unterstützt dies. Grossbritannien kennt ein solches System. Als Beispiel eignet sich Covid-19. Die Sterblichkeit unter den Hospitalisierten Patienten ist dort doppelt so hoch wie in der Schweiz. Es mutet zynisch an in diese Richtung gehen zu wollen.
AAV	Eine bessere Vernetzung ist sicherlich der richtige Ansatz. Auch der Einbezug weiterer Berufe wie z.B. von Nurs Practitioner. Allerdings fehlt der Einbezug der effizientesten und günstigsten Berufsgruppe: die Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK). MPKs sind in vielen Kantonen bereits ausgebildet und wären in der Lage die Basisbetreuung von vielen chronisch Erkrankten zu übernehmen. Sie arbeiten in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten, was die Qualität garantiert.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
AAV	21	2		Der Datenschutz ist nicht gewährleistet. Dem Missbrauch sind alle Türen offen	Streichen
AAV	32	3		Diese Kompetenz sollte nicht beim Bundesrat sein	National und Ständerat regeln…
AAV	36b	2		Diese Kompetenz sollte nicht beim BR sein	National- und Ständerat
AAV	40a	3	a	Siehe allgemeine Bemerkungen	4. Spezialisierte Fachärzte mit Grundversorgerfunktion
AAV	40c			Die Kopfpauschale ist schädlich	Die Vergütung erfolgt gemäss einem zwischen Leistungserbringern und Versicherern ausgearbeiteten Tarif
AAV	54			Kostenziele sind abzulehnen, da sie einerseits gefährlich und andererseits nicht notwendig sind. Die Kostenentwicklung ist moderat und volkswirtschaftlich verkraftbar. Kostenziele führen zwangsläufig zu einer Rationierung der Leistungen. Die vielen Jahre der Kostenneutralität haben klar aufgezeigt, wie schwierig es ist, die Ursache des Anstiegs der Kosten zu dokumentieren. Offensichtlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Leistungserbringer unnötige Leistungen erbringen. Sollte dem so sein, müssten die Leistungszahlen eine Ausweitung zeigen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Nicht die Kosten pro Fall sondern die Fälle insgesamt steigen an.	Auf Kostenziele sei zu verzichten

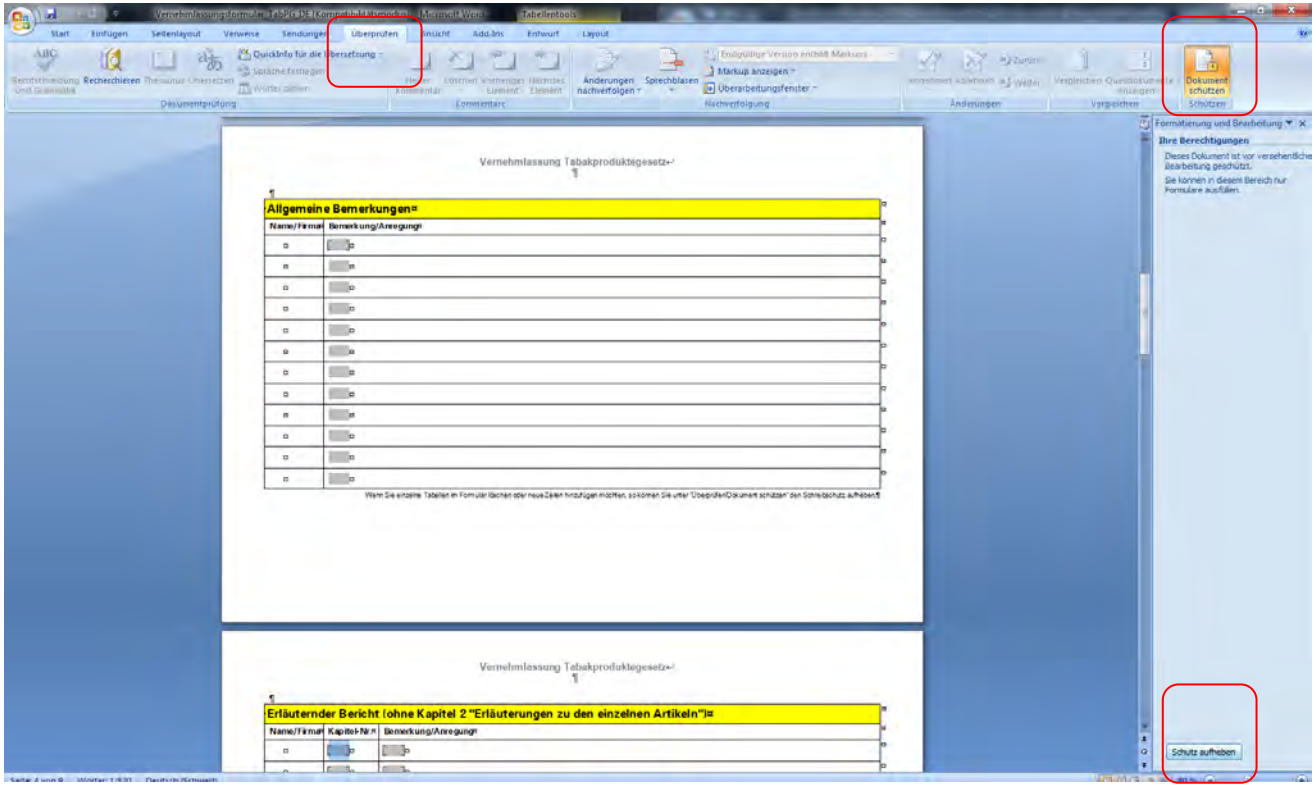
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
AAV		Keine	

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

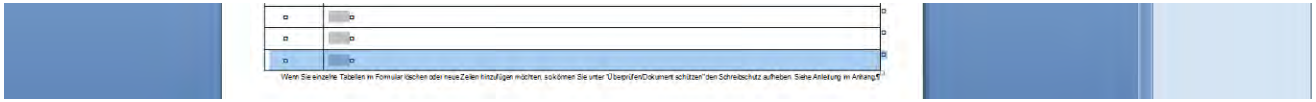
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



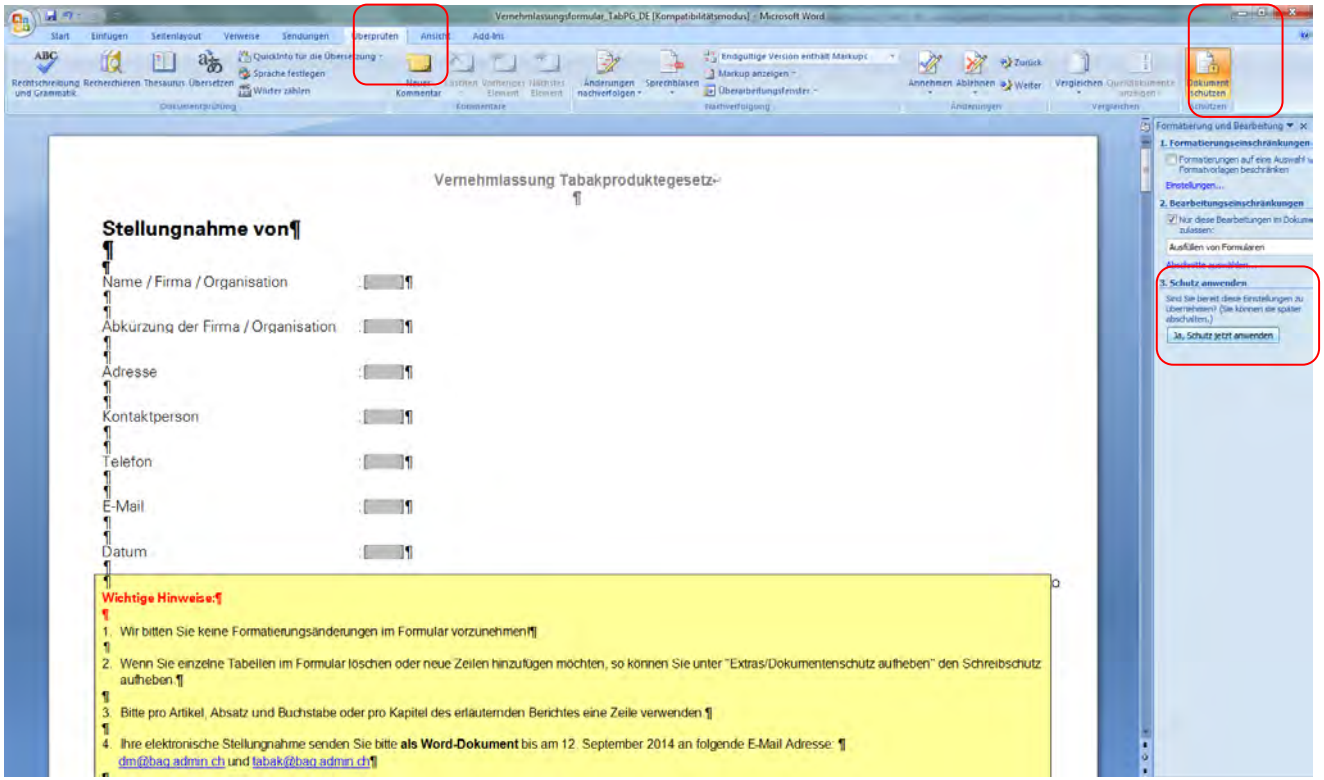
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Aerztegesellschaft des Kantons Luzern

Abkürzung der Firma / Organisation : AeGLu

Adresse : Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

Kontaktperson : Ueli Zihlmann, Geschäftsführer AeGLu

Telefon : 041 410 88 85

E-Mail : sekretariat@aerzte-lu.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 12

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Der Mensch steht bei einer medizinischen Behandlung im Zentrum. Die AeGLu (Ärztegesellschaft des Kantons Luzern) will dazu beitragen, der Bevölkerung ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Zunehmende Regulierung führt nicht dazu, dass Qualität verbessert wird. Im Gegenteil werden Einschränkungen dazu führen, dass immer grössere Unterschiede in der Behandlung auftreten werden. Kurzum: Regulierungen und Globalbudget werden die medizinische Versorgung fragmentieren; die Entwicklung wird in Richtung Zwei- oder Dreiklassenmedizin gehen. Das will die AeGLu nicht. Viele im Kostendämpfungspaket vorgeschlagenen Massnahmen sollen über Regulierung zu Kosteneinsparungen führen. Dies wird misslingen, weil der Mensch weder als Patient noch als Arzt in gesundheitlichen Fragen nicht nach ökonomischen Vorgaben entscheidet. Sinnvoller, wenn auch politisch wohl heikler, wäre die Diskussion, welche Leistungen nach KVG versichert sind und welche nicht (mehr). Die im Kostendämpfungspaket vorgeschlagenen Massnahmen sind deshalb abzulehnen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	21	1		Diese Bestimmung ist abzulehnen. Jede Datenabgabeerweiterungspflicht tangiert das Arzt-/Patienten-geheimnis und damit das Grundrecht auf Privatsphäre. Der gläserne Patient kann nicht Ziel einer freiheitlichen Zivilordnung sein. Falls von Seiten Bund Daten zu erheben sind, hat die entsprechende Datenerhebung, wie bereits bei der Erhebung der von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren – MAS – über das Bundesamt für Statistik (BFS) zu erfolgen.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	21	2	a-d	Diese Bestimmungen sind abzulehnen, weil es nicht Aufgabe des BAG ist, eigene – kostenintensive -Datensammlungen zu produzieren. Weshalb dem Bundesrat gar die Kompetenz gegeben werden soll, die Daten pro versicherte Person erhältlich zu machen, ist unklar und auch aus rechtsstaatlichen Überlegungen abzulehnen.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	21	3		Diese Bestimmung ist abzulehnen. Wer die Anonymität von Versichertendaten wahren kann, hat ohne Weiteres Zugriff auf die nicht anonymisierten Daten. Das BAG soll nicht die Möglichkeit haben, auf nicht aggregierte und anonymisierte Daten von Versicherten Zugriff zu erhalten.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	25	2	h.	Die Bestimmung ist nicht mit Art. 9 MedBG kompatibel und deshalb abzulehnen.	Ersatzlos streichen.

werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	25	2	i.	Da unklar ist, was unter «Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden» zu verstehen ist, ist diese Bestimmung abzulehnen.	Ersatzlos streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	32	3		Die Bestimmung ist nicht mit Art. 164 Abs. 1 BV vereinbar. Es ist nicht sinnvoll, an den Bundesrat solch weitreichende Kompetenzen zu delegieren.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	33	3bis		Da Art. 25 Abs. 2 i abgelehnt wird, ist auch diese Bestimmung obsolet.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	35	2		Die neue Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» ist unnötig und deshalb abzulehnen. Es ist nicht Aufgabe des Gesetzgebers, den Leistungserbringern vorzuschreiben, wie Betriebe und die Behandlungsketten auszugestalten sind.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	1		Eine koordinierte Versorgung ist sinnvoll. Eine sachgerechte koordinierte Versorgung kann aber nicht vom Gesetzgeber aufgezwungen werden. Es wird qualitativ bessere und kostengünstigere Modelle der koordinierten Versorgung geben, wenn den Akteuren Gestaltungsspielraum zugestanden wird. Beleg dafür sind die heute schon bestehenden Ärztenetzwerke und die vorhandenen Versicherungsmodelle im KVG.	Ersatzlos streichen.
Fehler!	36b	2		Es ist nicht nötig, dass der Bundesrat die Möglichkeit erhält, zu	Ersatzlos streichen.

Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.				definieren, was ein Netzwerk sein soll.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	3		Unnötig und deshalb abzulehnen.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40a			Die Massnahme «Erstberatungsstelle» ist abzulehnen. Die Massnahme Erstberatungsstelle wird dazu führen, dass die Bedeutung der kosteneffizienten Hausarztmedizin abnehmen wird. Der Hausarzt wird zum Triageur degradiert. Die Versicherten können heute bereits entscheiden, ob das Grundmodell oder ein alternatives Versicherungsmodell (Hausarztmodell, Telemedizin-Modell, HMO-Modell) erwünscht ist. Weitere vom Gesetzgeber vorgeschriebene Einschränkungen sind nicht notwendig. Mit der «Erstberatungsstelle» wird die freie Arztwahl aufgehoben, was nicht dem Willen der Bevölkerung entspricht (vgl. Managed Care Vorlage). Der bürokratische Aufwand – Kantone müssen Listen der Leistungserbringer führen – steht in keinem Verhältnis zu erwünschten Kosteneinsparungen.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40b			Das Konstrukt «Erstberatungsstelle» wird zu einem unnötigen Administrativaufwand führen.	Ersatzlos streichen

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40c			Eine bundesrätlich festgelegte Kostenpauschale entspricht einem modifizierten Gobalbudget. Die Pro-Kopf-Pauschale führt zu falschen Anreizen. Die «Erstberatung» wird möglichst knapp ausfallen und das Gegenteil einer umfassenden Erstberatung sein. Dass der Bundesrat die Kompetenz erhalten soll, die Pauschalenhöhe festzulegen, ist nichts anderes als Staatsmedizin. Staatsmedizin wird von der Ärztegesellschaft Luzern abgelehnt.	Ersatzlos streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40d			Die Bestimmung ist unnötig. Zudem ist es nicht konsequent, bei der Erstberatungsstelle sehr stark zu regulieren und dann im möglichen Folgeschritt, welcher in der Regel kostenintensiver sein dürfte, freie Arztwahl zu propagieren. Festzuhalten ist erneut, dass die Einschränkung der freien Arztwahl von Seiten Ärztegesellschaft Luzern abgelehnt wird.	Ersatzlos streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	41			Die Bestimmung ist unnötig, da die Massnahme Erstberatungsstelle abzulehnen ist.	Ersatzlos streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	41a/b			Die Bestimmung ist unnötig, da die Massnahme Erstberatungsstelle abzulehnen ist.	Ersatzlos streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	42a			Keine Bemerkungen	

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	48a			Solange die Tarifpartner Pauschalen vereinbaren und nicht der Bundesrat die Pauschalen festlegt, ist dies ein gangbarer Weg. Zentral ist diesfalls, dass der Aufwand für die Koordination berücksichtigt und abgegolten wird.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	52b			Störend ist an dieser Bestimmung, dass damit die Pharma weiterhin für den Schweizermarkt hohe Preise festlegen wird, da ja eine Rückerstattung erfolgen kann.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54			Die AeGLu lehnt die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele entschieden ab. Zielvorgaben bedeuten gedeckelte Budgets. Dies ist auch dann der Fall, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt werden. Leistungserbringer und ihre Patientinnen und Patienten werden also unter einer Zielvorgabe in jedem Fall mit weniger Mitteln auskommen müssen. Ärztinnen und Ärzte werden medizinische Leistungen beschränken müssen. Dies wird nicht zu einer Reduktion von Überversorgung führen, sondern zu einer Verschärfung der Problematik von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zielvorgaben reduzieren keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize. Sie werden ineffiziente Kosten nicht reduzieren, sondern Folgekosten verursachen. Sie verschlechtern die Versorgungsqualität und schaffen Versorgungslücken. Wer trotz gedeckeltem Budget in der obligatorischen Krankenversicherung keine Einschränkungen und längere Wartezeiten hinnehmen möchte und es sich leisten kann, wird die	Ersatzlos streichen

				gewünschten Behandlungen aus der eigenen Tasche zahlen oder über Zusatzversicherungen erhalten. In Deutschland haben einige Ärztinnen und Ärzte ihr Angebot komplett auf privatversicherte oder selbstzahlende Patientinnen und Patienten ausgerichtet bzw. behandeln diese bevorzugt. Damit haben sich die ärztlichen Ressourcen, die der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, zusätzlich – sowohl quantitativ als auch qualitativ – verschlechtert. Die Einführung einer Zielvorgabe in der obligatorischen Krankenversicherung würde insbesondere in der Schweiz, in der es viele zahlungskräftige Bürgerinnen und Bürger gibt, den Weg für eine Zweiklassenmedizin ebnen. Wie in den einleitenden Bemerkungen bereits festgehalten, will die Politik die Diskussion, wer wann keine Leistung mehr erhalten soll, nicht führen und delegiert diese Aufgabe an die Ärzteschaft. Damit geraten Ärztinnen und Ärzte in schwierige Konflikte mit ihren Patientinnen und Patienten. Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen sollte am Behandlungsbedarf der Bevölkerung ansetzen. Zielvorgaben berücksichtigen den Behandlungsbedarf nicht. Sie richten sich ggf. an der demographischen Entwicklung der Schweiz und der Bevölkerung der einzelnen Kantone aus. Diese beschreibt aber die Morbidität und damit den Behandlungsbedarf nur unzureichend. Eine mögliche Überlegung der Regulatoren hinter der Einführung von Zielvorgaben ist, dass Ärztinnen und Ärzte unter einem Kostenziel unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen weglassen. Das unterstellt, dass Ärztinnen und Ärzte heute mit	

				vollem Bewusstsein unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen erbringen. Die Kantone Genf, Waadt und das Tessin haben Zielvorgaben im Spitalbereich. Ein dämpfender Effekt auf das Ausgabenwachstum kann dort nicht bestätigt werden[1]. Zielvorgaben führen zu Folgekosten wegen unterlassener Behandlungen. Wenn beispielsweise eine ältere Patientin aufgrund einer Knie-Operation nur ein halbes Jahr länger selbständig wohnen kann, ist die Operation für die Gesellschaft bereits günstiger.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54a			Dass die Kantone innerhalb von Kostenblöcken weitere Unterteilungen vornehmen können, ist unsinnig und erschwert ein sinnvolles Monitoring der Kosten.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54b			Diese Regelung wird nicht Kosten einsparen, sondern neue Kosten generieren. Dies darum, weil so eine Zentralisierung und auch eine Spezialisierung erschwert wird. Es ist nicht sinnvoll, wenn jeder Kanton selber agieren muss.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54c			Da die Massnahme Kostenziele abzulehnen ist, ist auch dieser Artikel abzulehnen. Ganz abgesehen davon, dass diese Regelung grosse administrative Kosten verursachen wird, welche niemanden helfen.	Ersatzlos streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	54d			Die Bestimmung wird die Versorgung, insbesondere die ambulante Grundversorgung schwächen, weil damit eine Planungssicherheit aufgegeben wird.	Ersatzlos streichen.

werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54e			Es braucht keine Eidgenössische Kommission für Kostenziele, weil eine qualitativ gute und kostengerechte Versorgung nicht über die vorgeschlagenen Kostenziele erreicht werden wird.	Ersatzlos streichen
	64	7	c	Die Norm zeigt, dass mit dem Konstrukt Erstberatungsstelle vor allem Unklarheiten geschaffen werden. Unklarheiten führen nicht zu Kosteneinsparungen. Das Gegenteilige wird zutreffen. Die Massnahme Erstberatungsstelle ist folglich abzulehnen.	Ersatzlos streichen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

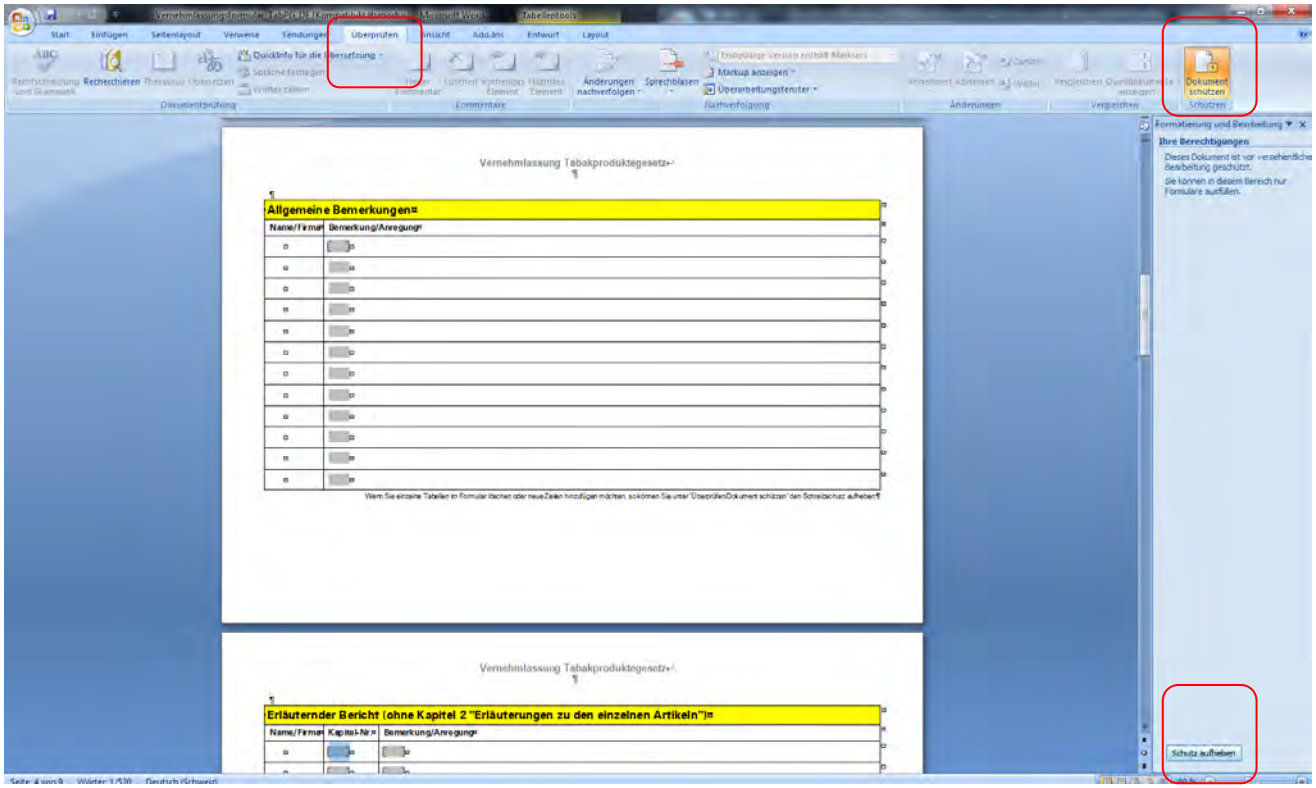
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

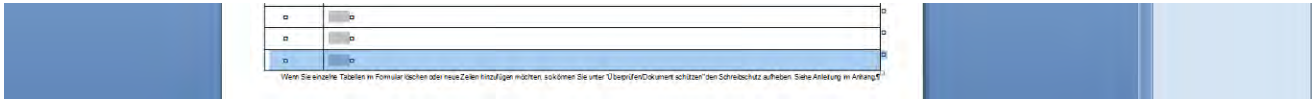
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



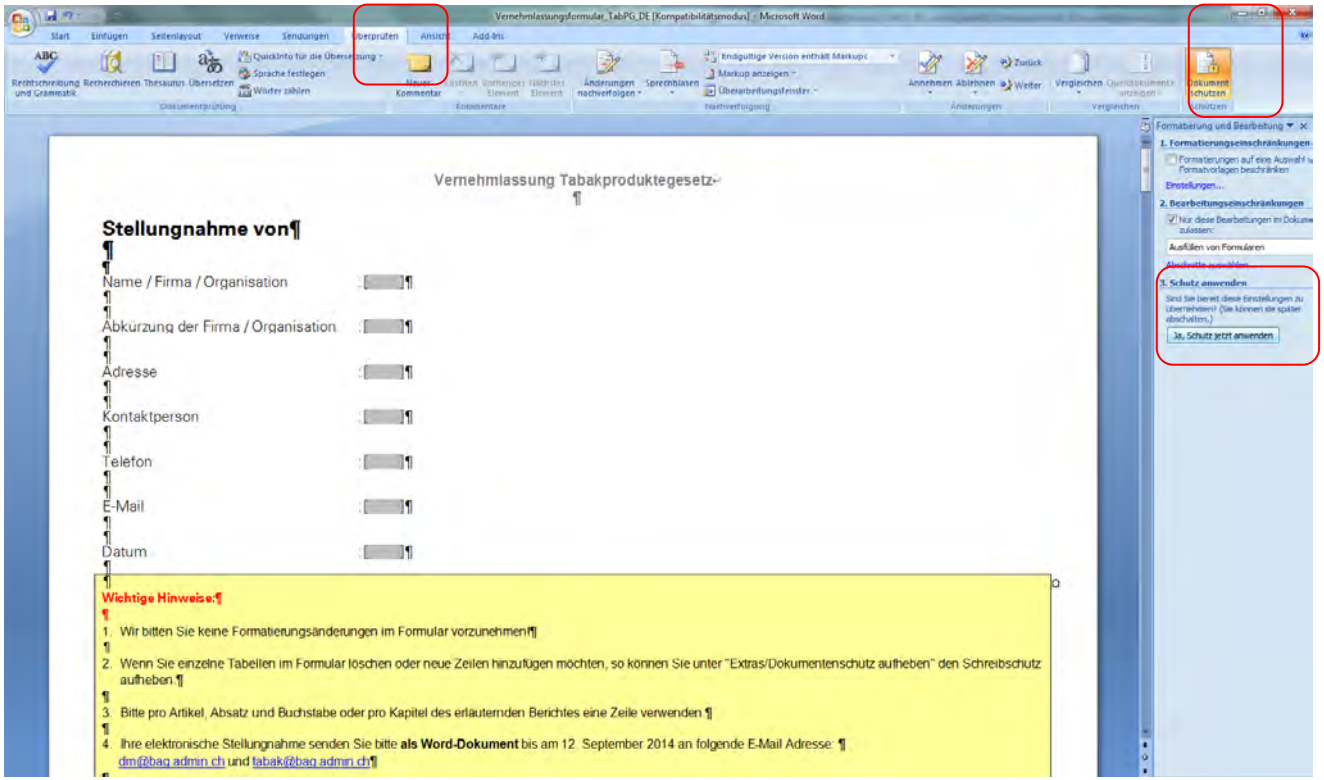
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIETE DES MEDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Bern, 5. November 2020

Per E-Mail:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Per A-Post:

Herr Bundesrat Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Vernehmlassung Teilrevision KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Kantonalvorstand der Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich einlässlich mit der Vorlage befasst. Zunächst verweisen wir in grundsätzlicher Hinsicht auf unsere Stellungnahme zur gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates 2020-2030 vom 27. März 2020. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik** besteht nach Auffassung der BEKAG darin, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern in erster Linie **ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen**. Der bessere Schutz der Bevölkerung gegen und bei Epidemien und eine entsprechende Verbesserung der Epidemiengesetzgebung, der Impfvorschriften sowie der möglichen Massnahmen, welche der Bund und die Kantone in einer solchen Situation koordiniert treffen können müssen, gehören dazu.

Die **BEKAG** spricht sich damit ganz grundsätzlich **gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele und gegen** eine schleichende Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung, Planung und **Globalbudgetierung** aus. **Die unweigerliche Folge wäre die Implementierung einer Zweiklassenmedizin**. Die BEKAG war und ist weder mit der Zusammensetzung der „Expertenkommission Kostendämpfungsmassnahmen“ noch mit dem Expertenbericht vom 24. August 2017 an sich, der im Ausland begangene Fehler für die Schweiz zur Wiederholung vorschlägt, einverstanden.

I. Allgemeine Bemerkungen zu den Kostendämpfungspaketen 1 und 2

Der Bundesrat beabsichtigte offensichtlich bereits mit dem Kostendämpfungspaket 1, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor allem im ambulanten Bereich, und damit in erster Linie auch zu Lasten der praktizierenden Ärzteschaft, anzupassen. Auch das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wiederum primär gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, welche den grössten Teil der ordentlichen Mitglieder der BEKAG ausmachen.

Direkter Ansatzpunkt der Kostendämpfungspakete ist der Arzttarif, und damit indirekt das über den Tarif erzielbare Einkommen unserer Mitglieder. Mit einem nationalen Tarifbüro, mit ersatzweiser behördlicher Tariffestsetzung und mittels Einführung ambulanter Tarifpauschalen soll die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende Tarifpartnerschaft (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr abgeschafft werden. Inskünftig sollen die „Tarifpartner“ u.a. verpflichtet werden, tarifvertraglich eine „gerechtfertigte Kostensteigerung“ zu definieren, bei deren Überschreitung der Tarif korrigiert werden müsste. Ersatzweise würde die Tarifkorrektur behördlicherseits verfügt, sofern sich die Tarifpartner weigern würden, dies umzusetzen.

*E*Art. 47c Abs. 6 KVG würde somit bereits im Rahmen einer möglichen Umsetzung des Kostendämpfungspaketes 1 zur Einführung eines verpönten **Globalbudgets** führen, welches **über degressive Tarife** umgesetzt werden müsste. In der Analyse der Wirkungen wie auch der unerwünschten Nebenwirkungen sind degressive Tarife den Globalbudgets zuzuordnen. Nur allzu leicht **könnte** stattdessen **auch unter der Ägide des vorgesehenen Experimentierartikels** für mehrere Jahre **ein Globalbudget** zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich in vergleichbarer Art und Weise **drohen**. Und dies wohlgemerkt unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischer Legitimität sowie für einen längeren Zeitraum.

Auch das Kostendämpfungspaket 2 und die CVP-Initiative beinhalten Globalbudgets. Ob die Holzhammermethode der CVP angewendet würde, welche eine **Kostenbremse** bei einer Überschreitung der Steigerungsrate der OKP-Kosten um 20% im Vergleich zur Nominallohnentwicklung während zwei Jahren verlangt, **oder** ob **für die ganze OKP und einzelne Kostenblöcke ähnliche Kostenziele** definiert werden, ist eher nebensächlich. Das Gesundheitswesen würde mit Globalbudgets, namentlich auch im ambulanten Bereich, auf den Kopf gestellt, würde es doch dann attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln. Dies wiederum würde bei einer diesen neuen Anreizen entsprechenden Verschlechterung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bald zusätzliche Qualitätssicherungsmassnahmen notwendig machen.

Wegen der zu befürchtenden Verzögerung wichtiger Behandlungen und angesichts des mit dem neuen Versorgungssystem verbundenen administrativen Mehraufwands im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnamen würde das Gesundheitswesen so sicher nicht günstiger. Es würde weniger Geld für die Patientenbehandlung und mehr Geld für die Administration eingesetzt.

Alle Globalbudgets müssen bekämpft und mit Abstimmungsreferenden vors Volk gebracht werden, weil sie tendenziell zu Unterversorgung, vor allem der ärmeren Bevölkerung, und zu ungerechten Ergebnissen, wie z.B. Zweiklassenmedizin, führen. Denn letztendlich geht es dabei um Einsparungen zugunsten der gesunden Prämienzahler, welche sich automatisch zum Nachteil der kranken Patientinnen und Patienten auswirken. **Das Arzt-Patientenverhältnis wird untergraben**, wenn der Arzt via Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln. Es **widerspricht dem hippokratischen Eid**, wenn sich die Ärztin oder der Arzt nicht mehr unabhängig für eine möglichst optimale Behandlung seiner Patientin oder seines Patienten einsetzen kann.

Der Bundesrat würde, obwohl er dies kaum bewusst beabsichtigen dürfte, mit der Umsetzung der Globalbudgets der Kostendämpfungspakete 1 und 2 den freien Berufsstand der praktizierenden Ärzteschaft im Wesentlichen abschaffen. Sei es via Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von **sog. Erstanlaufstellen**. **Obwohl das Volk die „Managed-Care-Vorlage" klar abgelehnt hat**, werden in der jetzigen Vernehmlassungsvorlage erstaunlicherweise erneut ähnliche Vorschläge vorgebracht und sogar noch verschlimmert. Die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte würden damit in zwei Gruppen aufgeteilt. Wer als Erstanlaufstelle qualifiziert, würde von einer **jährlichen Kopfpauschale** nicht pro Patient, sondern **pro jede versicherte Person** profitieren, welche ihn als Erstanlaufstelle wählt. Dies unabhängig davon, ob die bei ihm eingeschriebenen Versicherten überhaupt eine Behandlung benötigen. Das Nichtbehandeln würde belohnt, und wer eine solche Erstanlaufstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Mit Werbung möglichst viele Versicherte zu gewinnen, würde äusserst lukrativ. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstanlaufstelle qualifizieren, könnten dann, mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstanlaufstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen.

Hausärzte und Grundversorger sollen also, damit sie der Vorlage zustimmen, dieses Zückerchen einer **„Einkommensgarantie als Gatekeeper"** schlucken, womit sie inskünftig faktisch (via ihre Versicherten und deren Kopfpauschalen) bei der OKP angestellt wären – indessen ohne effektiv alle wesentlichen Vorteile eines Angestellten zu geniessen. Denn gleichzeitig würden sie weiterhin selber AHV und BVG in die Sozialversicherung einzahlen und ihre eigenen Unternehmerrisiken tragen. Die Kopfpauschale wäre vielleicht anfangs grosszügig bemessen, aber nur solange, bis diese vom Bundesrat gekürzt wird. Das Zückerchen könnte damit rasch zur bitteren Pille werden. Nur noch Gatekeeper-Arzt oder **„Zetteli-Arzt"** zu sein, mit abnehmenden ärztlichen Befugnissen und gleichzeitig stets abnehmendem Jahreseinkommen, wäre bald nicht mehr so attraktiv wie angedacht. Und wenn Patientinnen und Patienten ihren Spezialarzt ohne Ermächtigung der Erstanlaufstelle nicht mehr direkt aufsuchen dürften, würden gleichzeitig **auch die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**.

Dementsprechend sollte sich die Ärzteschaft nicht spalten lassen und jedes Globalbudget, inkl. diejenigen Massnahmen, die vom EDI lediglich aus taktischen Gründen mit anderen Begriffen umschrieben werden, aber ebenfalls Globalbudgets sind, weil sie sich so auswirken, entschieden bekämpfen. Weil sich die **BEKAG gegen jede Rationierung im Rahmen der OKP** wehrt, spricht sie sich hiermit im Interesse aller Mitglieder auch dezidiert gegen die vorgesehene Erstanlaufstelle aus.

Die BEKAG ist nur gegen ein derartiges Obligatorium der eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer. Die **Versicherten** sollen selbstverständlich weiterhin das Recht haben, **freiwillig besondere Versicherungsformen** mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder (neu) auch ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung zu wählen.

II. Zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

*E*Art. 21 (Datenweitergabe und Statistiken)

Wir setzen ein Fragezeichen hinter die Idee, in der Transparenz über die Qualität und Kosteneffizienz der erbrachten Leistungen und im Sammeln von Daten sowie im Mehrfachsammeln der gleichen Daten für verschiedene Behörden ein Allerheilmittel finden zu wollen. Die **Datenerhebung** sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren **MAS** bewährt hat, welche **über das Bundesamt für Statistik (BFS)** läuft, generell zentral durch das BFS erfolgen. Der damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich, indem jährlich quasi eine zweite Steuererklärung ausgefüllt werden muss. Die Ärzteschaft wehrt sich nicht gegen die Erhebung derartiger sachdienlicher, aggregierter Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht vom BAG indessen nicht angegeben zu werden. Wir bezweifeln insbesondere, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden, und dass das BAG die Anonymität dann wirklich wahren könnte und würde.

*E*Art. 23, 25 Abs. 2

Keine Bemerkungen.

*E*32 Abs. 3 und Art. 52b sowie 52c

Der neu vorgeschlagene ***E*Art. 32 Abs. 3** lautet wie folgt:

Art. 32 Abs. 3

[3] Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.

Dieser Artikel regelt die Anforderungen an sämtliche Leistungen im KVG. Angesichts der gemäss den Erläuterungen beabsichtigten Fokussierung alleine auf Arzneimittel ist eine solche Regelung an dieser Stelle systemwidrig, denn sie geht vom Wortlaut her darüber hinaus bzw. zu weit.

Wir wehren uns auch dagegen, dass unter dem Wortlaut einer neuen Bestimmung, welche das Kostengünstigkeitsprinzip nicht erwähnt, der beabsichtigten Anwendung des **Kostengünstigkeitsprinzips, wofür im KVG keine gesetzliche Grundlage ersichtlich ist**, das Wort geredet wird. Art. 164 Abs. 1 BV sieht vor, dass wichtige Bestimmungen in Form eines Bundesgesetzes zu erlassen sind. Dementsprechend sind wir dagegen, dass dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen *E*Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leistungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Dies betrifft nach dem Gesagten zum einen nicht nur die Arzneimittel, sondern verletzt zum anderen auch das Rechtsgleichheitsprinzip. Somit ist die **verfassungswidrige Bestimmung ersatzlos zu streichen**.

Auch die in den ***E*Art. 52b und 52c** vorgesehene Regelung von möglichen **Rückerstattungen**, wozu die Zulassungsinhaber inskünftig **bei Arzneimitteln** gezwungen werden könnten, erscheint uns als kompliziert und wenig praktikabel. Wir sind insbesondere **gegen Zwangslösungen** unter der willkürlichen Ägide des BAG.

33 Abs. 3bis

Keine Bemerkungen.

***E*Art. 35 Abs. 2 lit. o und Art. 36b (Netzwerke zur koordinierten Versorgung)**

Die Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ ist zwar grundsätzlich zu befürworten. Die Betriebsauflagen, welche der Gesetzgeber hier aufstellen soll, gehen indessen u.E. viel zu weit. Es kann doch nicht sein, dass auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Zum Schluss wird der Bundesrat wohl auch noch die Löhne vorschreiben wollen. Damit wird die Attraktivität, entsprechend zu investieren, um ein Netzwerk der koordinierten Versorgung anbieten zu können, von vornherein unnötig herabgesetzt.

***E*Art. 40a, b, c und d (Erstberatungsstelle)**

Jede versicherte Person müsste inskünftig einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle übernimmt. Dafür kommen primär Ärztinnen und Ärzte mit einem **Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztin oder praktischer Arzt** in Frage. Zudem gemäss den Übergangsbestimmungen auch, wer mindestens während zwei Jahren vor dem Inkrafttreten der Revision in der medizinischen Grundversorgung tätig war und sich die spezifischen hausärztlichen Kenntnisse anderweitig erworben hat.

Der Kanton müsste eine **kantonale Liste der Erstberatungsstellen** führen und die Versicherer müssten **Nichtanschlusswillige** zwangsweise einer Erstberatungsstelle zuordnen. Der Bundesrat müsste auch den Wechsel der Erstberatungsstelle auf Verordnungsstufe regeln. Die **BEKAG** spricht sich wie gesagt **klar gegen einen derartigen Zwang** und **gegen diesen Eingriff in die Behandlungsfreiheit zu Lasten der Patientinnen und Patienten** aus. Die Erstanlaufstelle würde inskünftig insbesondere entscheiden, ob eine Behandlung überhaupt notwendig ist, sowie ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer (Spezialist) gelangen darf, und könnte

bzw. würde sich dabei wohl auf immer mehr Beratung konzentrieren oder beschränken (z.B. mehr Telefonkonsultationen, E-Mail-Beratung, Zoom-Medizin, Telemedizin etc.). Einzig für die Fachärzte für Ophthalmologie und Gynäkologie könnte der Bundesrat zudem gemäss Vortrag „möglicherweise“ eine Ausnahme vom Erfordernis der Überweisung formulieren.

Der **Bundesrat** würde darüber hinaus auch noch genau festlegen, **welche Leistungen der Erstberatungsstelle** mit der Kopfpauschale abgegolten werden, und vor allem, **wie hoch die jährliche Kopfpauschale** sein soll. Die Kopfpauschale beinhaltet ein **prospektives Globalbudget**. Dies wäre dann Staatsmedizin in Reinkultur. Und die vorgängige Anhörung der „Tarifpartner“ würde angesichts der Machtverhältnisse zu einer blossen Farce und Alibiübung verkommen. Alleine die übrig bleibende freie Wahl des Leistungserbringers (Spezialisten) nach erfolgter Überweisung durch die Erstberatungsstelle wird den Patienten wenig nützen.

*E*Art. 41, 41a und 41b

Keine Bemerkungen.

*E*Art. 42 Abs. 3ter (elektronische Übermittlung der Rechnungen an Versicherer)

Es dürfte immer noch einzelne Mitglieder der BEKAG geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen ja auch weiterhin die Rechnungen kostenlos in Papierform geliefert werden, falls gewünscht. Dementsprechend erachten wir die Regelung als zu rigid. Es ist indessen durchaus vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner darüber nicht innert nützlicher Frist einigen.

*E*Art. 42a (Versichertenkarte), 48a, 52 Abs. 1, 52b, 52c und 53 Abs. 1

Keine Bemerkungen.

*E*Art. 54, 54a, 54b, 54c, 54d und 54e („Kostenziele“ bzw. OKP-Globalbudgets)

Das Kernstück der Vorlage will der OKP Kostenziele und damit Globalbudgets auf allen Ebenen vorgeben. Und zwar zunächst auf Stufe Bund/gesamte OKP-Kosten, indem der Bundesrat gestützt auf eine neue „eidgenössische Superkommission für Kostenziele“ vorgibt, um wieviel diese OKP-Kosten pro Jahr gesamtschweizerisch insgesamt steigen dürfen. Er kann und soll darüber hinaus die Gesamtsteigerungsrate unterschiedlich umsetzen bzw. das Kostenziel beliebig auf die einzelnen Kostenblöcke verteilen.

Anschliessend erfolgt die Festlegung entsprechender Kostenziele pro Kanton inkl. einer einheitlichen Toleranzmarge, um welche von der kantonalen Gesamtzielvorgabe abgewichen werden kann.

Die Kantone regeln ihre eigenen Ziele pro Kostenblock und können weitere Kostenblöcke definieren (sic!). So könnte zum Beispiel im Kanton Bern inskünftig auch der Kostenanstieg pro Fachgesellschaft, und je nach Fachgesellschaft dann auch unterschiedlich, festgelegt werden.

Für jeden erdenklichen Kostenblock könnte also inskünftig relativ willkürlich eine individuelle Globalbudgetvorgabe erfolgen. Dies wäre Planwirtschaft in Reinkultur. Das Anhörungsrecht der Versicherer und der Leistungserbringer vor der Festlegung der Globalbudgets wird dabei den Leistungserbringern sicher kaum dabei helfen, höhere Globalbudgets zu verhandeln. Es würde sich also eher um nicht verhandelbare staatliche Planvorgaben handeln.

Auf die drohenden Sanktionen (Tarifsenkungen, degressive Tarife oder differenzierte Tarife je nach Fachrichtung), sowie insbesondere auf die Schwerfälligkeit eines solchen Systems, gehen wir hier nicht nochmals ein.

Die BEKAG lehnt die Vorlage inkl. aller vorgesehenen Globalbudgets und Globalbudgetvarianten sowieso ab, und falls das Parlament solchen Lösungen zustimmen sollte, müsste sich das Stimmvolk dazu äussern. Eine **Salamitaktik des Gesetzgebungsprozesses** mit zeitlich etappierten, immer wieder neuen Globalbudgetvorlagen würde im schlimmsten Fall lediglich dazu führen, dass mehrmals über Ähnliches abgestimmt werden müsste. Die Ärzteschaft ist sicher, dass unsere Bürgerinnen und Bürger eine derartige **Verschlechterung der Gesundheitsversorgung via Globalbudgets** in jeder Schattierung dezidiert ablehnen werden. Gleiches gilt für die geplante **Aufhebung der freien Arztwahl**. Dies unbesehen davon, unter welchem täuschenden Titel all dies dem Volk schmackhaft gemacht werden soll.

Wir ersuchen Sie dringend darum, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Freundliche Grüsse

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Die Präsidentin

Dr. med. Esther Hilfiker

Der Sekretär

Dr. iur. Thomas Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:
- Fachgesellschaften der BEKAG
- FMH
- KKA
- VEDAG
- Hausärzte Schweiz mfe
- Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz JHaS
- VSAO Bern und Schweiz
- SPO
- H+
- GDK
- santésuisse und curafutura
- Berner KMU und SGV

Per E-Mail:
Tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Per A-Post:
Herrn Bundesrat Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Herrn Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Elfenstr. 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Frauenfeld, 21. Oktober 2020

Vernehmlassung Teilrevision KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Dr. med. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Vernehmlassung, ist das Thema für uns doch sehr wichtig. Der Vorstand der Ärztegesellschaft Thurgau hat sich intensiv mit der Initiative und dem Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» auseinandergesetzt. Die geplanten Massnahmen hätten auf die Ärztelandschaft der Schweiz massive Auswirkungen und sind aufgrund nachfolgender Überlegungen abzulehnen:

I. Einleitende Bemerkungen

A. Falscher Ansatz

1 Unbestritten ist die Tatsache, dass die Kosten des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten gestiegen sind. Allerdings dürfte ebenfalls unbestritten sein, dass die Gesellschaft seit damals im Schnitt älter geworden ist, die medizinische Versorgung der Bevölkerung damit anspruchsvoller wurde und die Qualität der Medizin weiter zugenommen hat, weil dank permanenter Forschung und Innovation medizinisch immer mehr möglich ist. Eine «Kostendämpfung» ist deshalb nicht ohne Reduktion von Qualität und Leistung zu erreichen. Der Genesungsprozess eines Menschen hängt oft auch

davon ab, ob die Ärztin oder der Arzt sich seinem Anliegen ernsthaft annehmen und zuhören kann. Kann nur noch mit der Stoppuhr behandelt werden, geht durch die vermeintliche Effizienz ein wichtiger Teil der Behandlung verloren. Die unter Zeitdruck knappe Kommunikation kann überdies zu Missverständnissen und Fehlbehandlungen führen. Werden Leistungen unbesehen von den aktuellen Gegebenheiten gekürzt, ist dadurch die gesamte medizinische Versorgung in der Schweiz gefährdet.

2 Sowohl die Initiative der CVP «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen», als auch der indirekte Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative gehen bezüglich der erhofften Kosteneinsparung im Gesundheitswesen in eine falsche Richtung. Statt unter Beihilfe der direkt involvierten Stakeholder (insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal) das Problem zu analysieren und mehrheitsfähige, funktionierende Lösungen zu suchen, soll von oben herab bestimmt werden, wie das Gesundheitswesen in der Schweiz zu funktionieren habe. Dieses undemokratische Vorgehen verhindert Lösungswege, die in der Praxis machbar sind und einfach umgesetzt werden könnten. Die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz würde durch beide Gesetzesänderungsvorschläge gefährdet. Beide Vorlagen hätten einen generellen Spardruck zur Folge, welcher einseitig auf dem Rücken der Leistungserbringer lasten und die medizinische Versorgung der Bevölkerung mittel- bis langfristig nachhaltig verschlechtern würde. Die beiden Vorschläge nehmen weder die Krankenversicherungen noch die Patientinnen und Patienten in die Pflicht zur Kostenvermeidung und lassen damit einen grossen Teil der Sparmöglichkeiten ungenutzt.

3 Erstaunlich ist der Vorschlag vor dem Hintergrund, dass bereits heute bei ärztlichem Fachpersonal Nachwuchsprobleme bestehen. Wird das Arbeitsumfeld für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz weiter verschlechtert, weil aus ökonomischen Gründen kaum noch Zeit für die einzelnen Patienten bleibt und die Löhne trotz des sehr langen Ausbildungsweges, der grossen Verantwortung und Belastung immer tiefer werden, dürfte sich das Nachwuchsproblem weiter verschärfen.

4 Würde eine der beiden Vorlagen umgesetzt, hätte dies einen erheblichen Ausbau der Verwaltung zur Folge, insbesondere auf Ebene Kanton. Da die verlangten Kompetenzen und Ressourcen derzeit nicht vorhanden sind, müssten sie teuer eingekauft oder der Behördenapparat weiter vergrössert werden. Im Endeffekt würde das am Krankenbett gesparte Geld in die Verwaltung investiert.

B. Globalbudget führt zu Unterversorgung

5 Der angedachte Weg zur «Kostendämpfung» hat bereits in anderen Ländern versagt und nicht zu nachweislichen Einsparungen geführt. Das Kostendämpfungspaket 2 und

die CVP-Initiative beinhalten Globalbudgets. Deutschland kennt das **Globalbudget** flächendeckend für den ambulanten wie stationären Sektor seit 1989. Im Geschäftsbericht 2017 der FMH wird Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, folgendermassen zitiert:

«Wir haben die Erfahrung gemacht, dass ein Globalbudget dazu führt, dass immer neue Interventionen des Staates in das Gesundheitswesen folgen müssen. Da es ja nicht reicht, eine Geldmenge auf der obersten Ebene festzuschreiben, man muss dann auch sagen, wofür sie verwendet werden soll. Bei uns hat das dazu geführt, dass die einzelne Arztpraxis, das einzelne Krankenhaus in ein Korsett gezwängt wird, das sich nicht mehr am Bedarf der Patienten orientiert, sondern eben an finanziellen Vorgaben, die aus der Politik kommen und sich nicht mehr am Gesundheitswesen orientieren und das führt zu einer Verschlechterung der Versorgung und zu einer Erstarrung des Gesamtsystems.»

6 Äusserst problematisch wertet der Vorstand der ÄTG, dass für die Frage, ob das Globalbudget im Schweizer Gesundheitswesen funktionieren würde, **auf ausländische Experten abgestellt wird**, welche einerseits die Schweizer Gegebenheiten **nicht im** Detail **kennen** und andrerseits ausblenden, dass **in ihren Herkunftsländern die vorgeschlagene Strategie nicht funktioniert** und das Gesundheitswesen nachhaltig zerrüttet hat. Ärztinnen und Ärzte, welche in Schweizer Spitälern und Arztpraxen arbeiten, wurden trotz des angebotenen Dialoges nicht in die Meinungsbildung der Expertengruppe einbezogen.

7 Der beabsichtigten Spardruck in Verbindung mit dem Globalbudget delegiert die Verteilfrage und damit die sensible Entscheidung, wer von den knapper werdenden Ressourcen noch profitieren kann, den Ärztinnen und Ärzten ab. Eine **Zweiklassenmedizin** wird die unweigerliche Folge davon sein, Patienten werden längere Wartezeiten und weniger gründliche Behandlungen in Kauf nehmen müssen.

C. Verstaatlichung und Überregulierung der Medizin

8 Die geplante starke Zentralisierung und Machtkonzentration beim Bundesrat und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) **widerspricht** dem Schweizer Grundverständnis von **Föderalismus, Selbstverantwortung** und Politik. Durch die zentralistischen Zielvorgaben und definierten Wachstumskorridore werden die **Kantone und Tarifpartner entmündigt.**

9 Die mehrheitsfähige Einreichung von TARDOC hat gezeigt, dass das **bisherige System funktioniert** und handlungsfähig ist. Mit dem ersten Kostendämpfungspaket wurde be-

reits stark in das Grundprinzip der Tarifpartnerschaft eingegriffen. Da diese Tarifpartnerschaft offensichtlich wieder spielt, ist den Tarifpartnern die Autonomie zurückzugeben.

10 Mit dem nun vorgelegten Kostendämpfungspaket 2 würden regionale Gegebenheiten ausgeblendet und übersteuert. Wird bei den Budgetzielen auf die bisherigen kantonalen Gegebenheiten abgestellt, sind die Ostschweizer Kantone mit ihrer bislang günstigen Medizin einmal mehr benachteiligt. Durch die kostenbewusste ärztliche Tätigkeit in diesen Kantonen und den sehr tiefen Taxpunktwert würden die unterdurchschnittlich tiefen Kosten zementiert, so dass eine Ostschweizer Patientin deutlich weniger Geld zur Verfügung hätte als ein Westschweizer Patient. Diese Ungleichbehandlung innerhalb der Schweiz wäre weder fair noch verfassungskonform. Sie würde überdies zu einem noch akuteren Fachkräftemangel in der Ostschweiz führen.

11 Der Anhörungsprozess für Leistungserbringer und Krankenversicherer ist erst auf Stufe Kanton und somit nur in sehr beschränktem Masse möglich. Auf Stufe Kanton verlagert und verschärft er im besten Fall noch den Verteilkampf innerkantonal. Der Anhörungsprozess sollte zwingend auf höherer Ebene stattfinden, und zwar bei der Festlegung der Zielvorgaben durch den Bundesrat und das BAG. Auch der Bundesrat muss sich Check and Balances unterziehen und darf nicht autonom schalten und walten.

12 In der verbindlichen Variante der Korrekturmassnahmen bei Kostenzielverfehlung wird der schwarze Peter primär den Tarifpartnern, sekundär den Kantonen abdelegiert. Diese haben aber keinerlei Einfluss auf die Festlegung der Zielvereinbarungen (siehe oben). **Wem Pflichten auferlegt werden, dem müssen auch entsprechende Rechte und Gestaltungsspielraum eingeräumt werden**. Dies ist aktuell im Rahmen der Tarifpartnerschaft möglich, weshalb die Situation auch so belassen werden sollte.

13 Aufgrund der vorgeschlagenen Konstellation, der nach wie vor fehlenden EFAS sowie der engen Verflechtung zwischen den Kantonen und ihren Spitälern besteht die Gefahr, dass es bei verlangten Korrekturen an Taxpunktwert und Baserates zu Ziel- und Interessenkonflikten der Kantone sowie zu unerwünschten Verschiebungen zwischen den Tarifräumen und zu einer Marktverzerrung kommt.

14 Viele administrative Aufgaben des Controllings werden an die Kantone abdelegiert. Dort sind aber weder Know-how, noch die personellen Ressourcen vorhanden. Es kommt zu Doppelspurigkeiten zwischen den Kantonen und zu einer unnötigen, überproportionalen Aufblähung des Verwaltungsapparates. Wäre es nicht besser, diese Kosten nutzbringend direkt dem System zugutekommen zu lassen?

II. Zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

A. Entwurf Art. 21 (Datenweitergabe und Statistiken)

15 Wir stehen der Entwicklung, hochsensible Patientendaten ungefiltert an verschiedene Stellen weitergeben zu müssen, mit grosser Skepsis gegenüber. Je mehr Personen Daten verarbeiten, desto grösser ist die Gefahr, dass diese in falsche Hände geraten. Aus unserer Sicht sollten die Daten nur an einem Ort (aktuell beim BFS) gesammelt werden. Zudem sind zum Schutz der Patienten nicht alle, sondern nur die fallspezifisch benötigten Daten offenzulegen.

B. Entwurf Art 23, 23 Abs. 2, 32 Abs. 3

16 Keine Bemerkungen.

C. Entwurf 33 Abs. 3bis (Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen erbracht werden dürfen)

17 Programme der Patientenversorgung: In die Diskussion sollten nicht nur die genannten Player sondern - und vielleicht sogar bevorzugt aufgrund der bereits bestehenden Patientennähe und ihrer Fachkenntnisse - auch **Medizinischen Praxisassistentinnen (MPAs) und Medizinischen Praxiskoordinatorinnen (MPKs)** einbezogen werden.

18 Die Einbindung von Apothekerinnen und Apotheker in Impfprogramme und andere, weiterreichende Betreuungsprogramme ist kritisch zu beurteilen, verfügen sie doch weder über das notwendige Fachwissen noch über die nötigen Kenntnisse und Infrastruktur bei Komplikationen und Notfällen. Zudem ist gerade in der Ostschweiz und anderen ländlichen Gegenden das Apothekennetz dünn und leidet auch diese Berufsgruppe unter Nachwuchsmangel. Impfwissen ist in den letzten Jahren sehr komplex geworden und setzt Kenntnis des weitergehenden medizinischen Kontextes voraus, insbesondere auch bzgl. Kontraindikationen und Interaktionen mit anderen Therapien. Alles Informationen, die den Apothekerinnen und Apothekern entweder nicht vorliegen oder aufwändig erfragt werden müssen.

19 Der Stuhltest in der Apotheke entlastet die Ärztinnen und Ärzte nicht. Der Stuhltest wird ohnehin von der medizinischen Praxisassistentin (MPA) durchgeführt. Demgegenüber ergibt sich bei der Durchführung in der Apotheke eine zusätzliche Schnittstelle.

C. Entwurf Art. 35 Abs. 2 lit. o und Art. 36b (Netzwerke zur koordinierten Versorgung)

20 Bei der Bildung solcher Behandlungsverbunde und Netzwerke ist zu prüfen, ob es nicht zielführend sein könnte, die bereits heute stattfindende interprofessionelle Zusammenarbeit in den Praxen mit den Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) aufzuwerten. Hierzu müssten entsprechende Weiterbildungen zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) und im Bereich Chronic Care Management (CCM) gefördert werden, aber v.a. auch eine entsprechende tarifliche Abgeltung unter Aufsicht der mandatierenden Hausärztin oder des mandatierten Hausarztes sichergestellt werden. So könnten die Hausärzte entlastet, die Kosten gesenkt und die Behandlung optimiert werden, unter Nutzung der bereits aktuell bestehenden, engen, interprofessionellen Zusammenarbeit in den Praxen und ohne grosse Informations- und Reibungsverluste an externen Schnittstellen.

21 Auch die weiteren Ideen im Zusammenhang mit den Netzwerken zur koordinierten Versorgung sind nachvollziehbar und vermutlich zielführend. Der Aufbau solcher interdisziplinären Behandlungsnetze ist primär aber mit personellem und organisatorischem Aufwand verbunden, bevor sich der Nutzen überhaupt entfalten kann (Aufbau und Organisation des Verbundes, gemeinsame Weiterbildungen, Qualitätszirkel etc.). Mit keinem Wort ist erwähnt, wie diese Aufbaukosten finanziert werden sollen. Es braucht ein klares Bekenntnis zu diesen Modellen und eine Finanzierung dieser Initialaufwendungen (entweder im Rahmen der vertraglichen Zusammenarbeit mit den Versicherern oder in Form von Anschubfinanzierungen durch die forcierenden politischen Kräfte).

D. Entwurf Art. 40a bis 40d (Erstberatungsstelle)

22 Die ÄTG spricht sich gegen einen Zwang zur Erstberatungsstelle aus, würde dadurch doch in die Behandlungsfreiheit zulasten der Patientinnen und Patienten stark eingegriffen. Wer Krankenkassenprämien sparen und ein entsprechend beschränktes Modell wählen will, kann das bereits heute.

23 Telemedizinische Zentren befinden sich weit weg von den Patienten. Ohne Kenntnis des Umfeldes sollen sie gemäss Entwurf vermehrte Kompetenzen im Rahmen des Gate keepings erhalten und die weitere Behandlungskette weitgehend steuern, ohne die Patienten oder die lokale Versorgungslandschaft zu kennen. Schon jetzt schicken diese Zentren, um auf der sicheren Seite zu sein, die Ratsuchenden in sehr vielen Fällen zu weiteren Abklärungen. Sie sind also eher Kostentreiber als Kostendämpfer. Um eine effektive Kostenersparnis erzielen zu können, wäre es – wenn schon an einer Erstberatung festgehalten würde – deutlich zielführender, die bestehenden, hausärztlichen Managed-Care-Netze zu fördern. Aufgrund der persönlichen Beziehungen unter den

Mitgliedern dieser MC-Netze haben sie sich sowohl hinsichtlich Kosteneinsparung als auch Behandlungsqualität bewährt.

24 Die Absicht, die Grundversorgung aufwerten zu wollen, ist löblich. Allerdings: Die Grundversorgung wird nicht dadurch gestärkt, dass alle Patienten in ein Hausarztmodell gezwungen werden, es braucht auch attraktive Arbeitsbedingungen und konkurrenzfähige Entlöhnung der entsprechenden Ärztinnen und Ärzte, welche die Komplexität der Arbeit und die hohe Verantwortung angemessen berücksichtigt. Dies ist derzeit nicht der Fall und rückt durch Budgetvorgaben noch in viel weitere Ferne.

25 Zu den Pauschalen für die Betreuung als Erstberatungsstelle: Solange die Pauschalen zur Abgeltung des administrativen Aufwandes im Rahmen des Kostencontrollings und der übergeordneten, patientenübergreifenden Aufgaben dienen, ist dagegen nichts einzuwenden (analog der pro Monat und Mitglied - pmpm - geleisteten Beträge im Rahmen der heutigen Hausarztmodelle). Klar abzulehnen sind Pauschalen analog ausländischer Vorgaben (im Sinne eines Globalbudgets), da sie falsche Anreize setzen, die Behandlungsqualität verschlechtern und schwer kranke, psychisch angeschlagene und polymorbide Patienten benachteiligen und ausgrenzen.

26 Patientenapotheken in Hausarztpraxen habe sich bewährt und sind nachweislich bzgl. Medikamentenkosten der günstigste Vertriebskanal. Unzählige Studien haben dies in den letzten Jahren bewiesen. Die Einschränkung der Wahlfreiheit der Patienten in den speziellen Versicherungsmodellen auf bestimmte Apotheken läuft den Sparvorgaben zuwider und sollte nicht gefördert werden. Eher noch sollte die Idee geprüft werden, die seit 1. Januar 2020 geltenden Bestimmungen im Rahmen VITH wieder zu lockern, damit nicht nur Apotheken(ketten) von günstigen Einkaufskonditionen profitieren können, sondern auch die Ärzteschaft. Bei marktgerechter und fairer Abgeltung des administrativen Aufwandes für Lagerhaltung, Distribution und Abgabe könnten so die Vergünstigungen auch einfach weitergegeben werden. Eine künstliche Marktverzerrung wird verhindert und die Medikamentenkosten könnten weiter gesenkt werden.

27 Die Vermutung, dass die Standartprämie deutlich günstiger sein dürfte, wenn die restlichen 30% der Patienten auch einem Gate keeping-Modell zugeführt werden, ist nicht bewiesen, sind doch heute vor allem "günstige Risiken" in solchen Modellen anzutreffen.

E. Entwurf Art. 41, 41a und 41b

28 Der Vorstand der ÄTG begrüsst, dass sich die Referenztarife der Kantone für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen an der Entschädigung für vergleichbare Behandlungen in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital ausrichten

sollen, sofern dieses Spital die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

F. **Entwurf Art. 42 Abs. 3ter (elektronische Übermittlung Rechnung an Versicherer)**

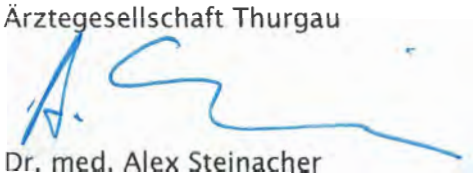
29 Keine Bemerkungen.

G. **Entwurf Art. 54, 54a, 54b, 54c, 54d und 54e («Kostenziele», faktisch OKP-Globalbudgets)**

30 Wie eingangs erwähnt, lehnt der Vorstand der ÄTG dieses Kernstück der Vorlage - welches faktisch einem Globalbudget gleichkommt - kategorisch ab. Dieser Weg zur medizinischen Planwirtschaft mit dem Wissen, dass in anderen Ländern eine solche Entwicklung zur massiven Verschlechterung der Gesundheitsversorgung geführt hat, würde - sofern das Parlament der Lösung zustimmen sollte - dem Stimmvolk vorgelegt werden müssen.

Gerade im Rahmen der Bewältigung der Covid19-Pandemie zeigt das Gesundheitssystem der Schweiz, dass es gut aufgestellt ist und auch Krisen überbrückt werden können. Diese Qualität hat aber auch ihren Preis. Mit den geplanten Massnahmen würde die Qualität zweifellos verschlechtert, ohne Gewissheit, dass die Gesamtkosten - inkl. des benötigten Verwaltungsapparates - tatsächlich tiefer zu liegen kommen. Dagegen werden wir uns mit allen Mitteln zur Wehr setzen.

Freundliche Grüsse
Ärztegesellschaft Thurgau



Dr. med. Alex Steinacher
Präsident

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Arbeitsgruppe Dermatochirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
Abkürzung der Firma / Organisation	: AGDC
Adresse	: Dalmazirain 11, 3005 Bern
Kontaktperson	: PD Dr. med. Severin Läuchli
Telefon	: 078 602 4215
E-Mail	: severin.laeuchli@usz.ch
Datum	: 18.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
AGDC	Die Arbeitsgruppe Dermatochirurgie ist eine Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) und vertritt die Interessen der chirurgisch tätigen Dermatologinnen und Dermatologen der Schweiz. Sie hat als Hauptziele die Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung der Schweizerischen Dermatologinnen und Dermatologen in operativer Dermatologie, die Qualitätssicherung in der Dermatochirurgischen Versorgung sowie die Unterstützung von adäquaten Arbeitsbedingungen für chirurgisch tätige Dermatologinnen und Dermatologen. Sie setzt sich so für die Interessen einer grossen Gruppe von Fachärztinnen und Fachärzten (der Mehrheit der Dermatologinnen und Dermatologen) ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Eine Haupttätigkeit der chirurgisch tätigen Dermatologinnen und Dermatologen ist die kostengünstige und effiziente Behandlung von Patienten mit Hautkrebs. Durch die vorwiegend ambulante Behandlung dieser Patienten besteht ein enormes Kosteneinsparungspotential im Vergleich zu aufwändigeren und oft stationär durchgeführten chirurgischen Behandlungen. Diese ambulante chirurgische Versorgung ist aber nur möglich, wenn die entsprechenden Tarife ein wirtschaftliches Arbeiten ermöglichen und nicht durch Kostendächer und andere Vorschriften eingeschränkt werden. Wir lehnen somit die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf die detaillierten Positionsbezüge der SGDV: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der

föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die AGDC lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die AGDC erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.

	In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen.

	- **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
AGDC	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
AGDC	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
AGDC	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
AGDC	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
AGDC	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

AGDC	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die AGDC kategorisch ab.	
AGDC	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
AGDC	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
AGDC	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
AGDC	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
AGDC	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
AGDC	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

AGDC	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
AGDC	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die AGDC lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
AGDC	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
AGDC	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
AGDC	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
AGDC	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Ärztegesellschaft des Kantons Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : AGZ

Adresse : Nordstrasse 15, 8006 Zürich

Kontaktperson : Dr. iur. Michael Kohlbacher, MPH / Dipl. Volkswirtin Juliane Fliedner

Telefon : 044 421 14 14

E-Mail : michael.kohlbacher@agz-zh.ch; juliane.fliedner@agz-zh.ch

Datum : 11.11.2020 (ersetzt Stellungnahme vom 10.11.2020)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 14

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Firma	**Bemerkung/Anregung**
AGZ	**1. Zielvorgaben: Kostensenkung nach einem tayloristischem Ansatz funktioniert im Gesundheitssystem nicht** Die AGZ hat Respekt vor allen Expertinnen und Experten, die im Jahr 2017 in einem sehr kurzen Zeitraum von sechs Monaten den Auftrag des Bundesrats umgesetzt haben, Massnahmen zur Beeinflussung des Mengenwachstums von Gesundheitsleitungen, zu Änderungen des regulatorischen Rahmens und zur Vermeidung unnötiger Leistungen vorzuschlagen. Die AGZ hat weiter Respekt vor allen Studienautorinnen und Autoren, die mittels eigener theoretischer Analysen oder internationalen Vergleichsstudien Effizienz- und Sparpotenziale für das Schweizer Gesundheitswesen identifizieren. Die AGZ lehnt aber trotzdem das Experten-zentrierte Vorgehen des Bundesrats in dieser Form ganz grundlegend ab. Denn der Bundesrat vermeint, gestützt auf dieses Expertenwissen, mit einem tayloristischen Ansatz am komplexen System Gesundheitswesen wie bei einer komplexen Maschine an vielen einzelnen Rädchen drehen zu können, im Glauben und der Hoffnung, dass die damit verbundenen anderen Rädchen sich ebenfalls in eine bestimmte Richtung drehen und zu einem beabsichtigten Ergebnis führen. Dieser Ansatz ist sowohl international gescheitert, denn Kosteneinsparungen sind mit vergleichbaren Massnahmen in anderen Ländern nie in der beabsichtigten Form eingetreten. Er ist auch in der Schweiz mit ähnlichen Ansätzen in Teilbereichen bisher gescheitert und muss auch weiterhin scheitern. Denn bei allem wird eines vergessen: der «Faktor Mensch»: Der Mensch, der als Anbieter von Gesundheitsleistungen die Rädchen der komplexen Maschine Gesundheitswesen am Laufen hält, und der Mensch, der als Konsumenten der Gesundheitsleistungen mit der komplexen Maschine Gesundheitswesen interagiert. Die «Zielvorgaben» des Kostendämpfungspakets 2 enthalten mit ihren in Art 54d festgehaltenen Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele den gleichen Mechanismus wie eine «Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)» zwischen Krankenversicherern und Ärzten, mit der die Versicherer (im Kanton Zürich während 10 Jahren zwischen 2006 und 2016 (2016 hat die AGZ die LeiKoV gekündigt, nachdem die Versicherer erneut die Taxpunktwerte um 2 Rp senken wollten) versuchten, die Mengen und die Kosten der ärztlichen Leistungen durch Preissenkungen (Senkung der kantonalen Taxpunktwerte) zu steuern. Diese Strategie ist gescheitert bzw. sind die gegenteiligen Effekte und unbeabsichtigte Auswirkungen auf die ambulante Versorgung eingetreten, die nachfolgend beschrieben werden. ***Exkurs: «Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)»*** *Die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Spannungsfeld zwischen Angebot und Nachfrage wird neben dem grundlegenden Faktor der Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft (siehe unten unter Ziff. 3.) in erster Linie von nicht ökonomischen Faktoren wie Demografie, Veränderungen des Krankheitsspektrums, medizinischer Fortschritt bzw. Innovationen infolge (Weiter-) Entwicklung bestehender und neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zum Teil bewusst neu in den Leistungskatalog aufgenommen wurden, bestimmt. Diese Faktoren sollten zwar bei der durch die LeiKoV mittels Preisveränderungen zu beeinflussenden Kosten als*

	«Korrekturfaktoren» berücksichtigt werden. Das wurde aber nie gemacht bzw. wäre offensichtlich gar nicht möglich gewesen. Auch Studien wie bspw. die des OBSAN über die Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010[1] leisten keine Hilfe, weil sie Veränderungen von Leistungsmengen und -kosten beobachten und beschreiben, aber keine fundierte Begründung bzw. Nicht-Begründung von Leistungsmengen und -kosten mit demografischen oder medizinischen Faktoren liefern. Nicht berücksichtigt wird, dass bei der tatsächlichen Erbringung bzw. Inanspruchnahme der Leistungen auch individuelle Verhaltensweisen bzw. soziale Verhaltensmuster mitspielen («Faktor Mensch»), die wiederum durch andere Faktoren wie Veränderung von sozialen Normen und Werten, sozialen Lebensverhältnissen, Wohlstand etc. beeinflusst werden. Trotz oder wegen der Nicht-Erklärbarkeit des Mengen- und Kostenwachstums von Arztleistungen wurde unter dem Regime der LeiKoV versucht, das Wachstum der Mengen und Kosten durch Preissenkungen zu dämpfen. Der «Faktor Mensch» führte auf der Angebotsseite zu Reaktionen der Ärzte, die versuchten, Einkommensverluste zu vermeiden bzw. zu minimieren, und die auch in anderen Wirtschaftszweigen bei Preissenkungen üblich sind, zum Teil aber wegen der Besonderheit des Gesundheitsmarktes ohne Vergleich dastehen. *Durch «Rationalisierungsmassnahmen» wurde versucht, die Gestehungskosten der Leistungserbringung durch Optimierung der Behandlungsprozesse zu senken, mehr Patienten in der verfügbaren Zeit zu betreuen, nicht rentable Leistungen zu verschieben (zu anderen Fachärzten, in Spitäler, zu anderen Leistungserbringern, ...) bzw. nicht mehr zu erbringen, keine Investitionen in die Infrastruktur zu tätigen (unter dem LeiKoV-Regime war ein deutlicher Rückgang der Investitionen festzustellen), Infrastrukturkosten durch Zusammenschluss zu Gruppenpraxen zu teilen oder die selbständige Praxisführung aufzugeben und sich in einer grösseren, als Aktiengesellschaft oder GmbH geführten ambulanten ärztlichen Institution anstellen zu lassen. Letzteres passiert/e oft deshalb, weil Ärzte unter dem Preisdruck die Motivation zur Selbständigkeit verlieren, und für sie die Anstellung mit einem fixen Lohn die attraktivere Variante ist.* *Zu letzterem Phänomen ist eine Nebenbemerkung zu der vom Bundesrat in seinem Kostendämpfungspaket mehrfach zitierten Effizienzstudie des Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und des Forschungsinstituts INFRAS[2] angebracht, worin die ökonomisch nachvollziehbare These aufstellt wird, dass grössere ambulante Organisationen von Ärzten effizienter seien, weil sie ihre Fixkosten auf eine grössere Anzahl von Leistungserbringern verteilen könnten, woraus ein (durch Preissenkungen realisierbares) Effizienzpotenzial bei den ambulanten ärztlichen Behandlungen von angeblich 423 Mio. CHF resultiere. Wenn selbständige Ärzte sich zu Gruppenpraxen zusammenschliessen, dann deshalb, weil sie sich administrativen und finanziellen Aufwand teilen wollen, um trotz der bereits bisher gesunkenen Preise ihrer Leistungen ein für sie noch akzeptables Einkommen erzielen zu können. Oft handelt es sich um Ärztinnen aber auch Ärzte, die nicht mehr in Vollzeit sondern in Teilzeit arbeiten wollen. Selbständige Ärzte in Einzel- oder Gruppenpraxen haben heute nach einem über 10 Jahre andauernden Preisverfall unter dem LeiKoV-Regime ihr Effizienzpotenzial weitgehend ausgeschöpft. Weitere Preissenkungen würden den Trend zur Aufgabe der Selbständigkeit und zur vermehrten Anstellung in oft im Besitz von arztfremden Investoren befindlichen ambulanten ärztlichen Institutionen verstärken. In diesen Institutionen ist zwar der auf die einzelnen angestellten Ärzte umgelegte Infrastrukturanteil gering, was einer theoretischen Effizienz entspricht. Aber es muss neben dem grössten Fixkostenposten, den Löhnen des medizinischen Personals, auch ein zusätzlicher Overhead-Aufwand und ein Gewinn für die Eigentümerschaft erwirtschaftet werden.* *Für die Anstellung in einer AG oder GmbH als «Ausweich-Organisationsform» von selbständigen Ärzten als Folge von Preissenkungen gilt daher schon jetzt viel mehr als in selbständigen Praxen: die Patienten werden nach ökonomischen Prinzipien ganz eng getaktet, und es wird ein Maximum an möglichen Leistungen*

[1] OBSAN Bericht 53 (2012)

[2] Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW und INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen

erbracht. Dem in der Studie theoretisch attestierten Effizienz-Ansatz stehen dann in grossen ambulanten Institutionen in der Realität der Leistungserbringung aufgrund einer an ökonomischen Zielen orientierten Betriebsführung höhere Leistungskosten gegenüber, die, und das hat die LeiKoV bestätigt, den Effekt der geringeren Preise überstiegen. Die sich nach unten drehende Spirale der sinkenden Preise = Taxpunktwerte für ambulant tätige Ärzte wird hingegen nicht ad infinitum fortgesetzt werden können. Denn bereits heute verbleiben wegen der sinkenden Attraktivität der ärztlichen Berufsausübung in ambulanten Praxen immer mehr ausgebildete Fachärzte in Anstellungsverhältnissen zu Spitälern (was durch den Trend «ambulant vor stationär» fortgesetzt werden wird), wo sie tendenziell mehr verdienen: der durchschnittliche Betriebsgewinn der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte beträgt zurzeit im Median (alle Fachärzte aller Altersgruppen) CHF 153'000[3], womit Ärzte als selbständige Unternehmer nach einer längeren Praxiskarriere weniger Einkommen erzielen, als Ärzte in einer Kaderfunktion in Spitälern.

Eine weitere Bemerkung zum ökonomischen Prinzip und dem Unterschied zwischen Gesundheitswesen und anderen Branchen: Während Unternehmen in anderen Branchen bei einem Preisverfall den Globalisierungstrend nützen und die Produktion zum Zweck der Kostensenkung bzw. Gewinnmaximierung ins Ausland verlagern, ist das bei den Anbietern von ärztlichen bzw. medizinischen Dienstleistungen nicht möglich. Die «Verausländerung» der Leistungserbringung vollzieht sich im Inland. Ärzte und Angehörige von Pflegeberufen, für die die Schweizer Einkommen bzw. Löhne (noch) attraktiv sind, werden in der Schweiz tätig bzw. müssen rekrutiert werden, wenn bzw. weil der Arzt- oder Pflegeberuf unter anderem wegen unbefriedigender Löhne (im Vergleich zu anderen Branchen) und damit zusammenhängender unbefriedigender Arbeitsbedingungen (grosser Zeitdruck, Administration) für inländische Erwerbstätige unattraktiver wird.

Aufgrund der während der LeiKoV gewonnen Erfahrungen und deren Auswirkung auf die ambulante Versorgung erwarten und befürchten wir mittelfristig folgende vom Bundesrat vermutlich nicht geplanten Effekte:

- «Entfremdung des Arztberufs»: Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen von Ärzte-eigenen Praxen in von Investoren betriebene ambulante Institutionen (siehe aktuelles negatives Beispiel der Kette «Mein Arzt»). Eine Reduktion von Leistungskosten durch weitere Tarifsenkungen wird dadurch kaum eintreten, eher eine – kurzfristige – Erhöhung von Leistungsmengen und Kosten aufgrund der ökonomischen Ziele der Investoren, zur Gewinnoptimierung möglichst viele Leistungen abrechnen zu können. Mittel- und langfristig wird auch der Betrieb von ambulanten Institutionen für Investoren unattraktiv werden, und sie werden sich aus dem ambulanten Gesundheitssektor zurückziehen.
- Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen vom Arzt-ambulanten in den Spital-ambulanten Sektor: Spitäler bieten bereits jetzt durch die Strategie «ambulant vor stationär» gezielt mehr ambulante Leistungen an und werden ihre Spitalambulatorien in den nächsten Jahren ausbauen, solange das im Kontext der Zulassungsregulierung möglich ist. Sie werden das mittel- und langfristig tun müssen, weil der Arzt-ambulante Sektor schrumpfen wird. Spitalambulatorien haben höhere Betriebskosten als Arztpraxen und können bereits jetzt nur durch Quersubventionierung aus Steuermitteln kostendeckend arbeiten. Die Steuersubventionierung wird zunehmen müssen, wenn die Preise (Taxpunktwerte) der spitalambulanten Leistungen weiter sinken. Somit wird es keine Kostendämpfung, sondern eine Verlagerung der Finanzierung der Gesundheitskosten vom Prämien- zum Steueranteil geben.
- Erhöhung des Ausländeranteils bei Ärzten: Vor allem bei den Ärzten (aber auch bei anderen Gesundheitsberufen) werden mehr Ausländer

[3] Medienmittelung Bundesamt für Statistik: Arztpraxen und ambulante Zentren 2018, 02.10.2020

	rekrutiert werden müssen. Wenn Spitäler zwar zurzeit im Vergleich zu Arztpraxen zunehmend attraktivere Arbeitgeber werden, wird das infolge des zunehmenden Budgetdrucks auf die Spitäler mit den Konsequenzen für die Arbeitsbedingungen des Personals mittel- und langfristig nicht mehr der Fall sein. Inländische Spitalärzte und Pflegerinnen werden vermehrt ihren Beruf aufgeben, respektive werden junge Menschen wegen der sinkenden Attraktivität im Vergleich zu andern Branchen nicht mehr diese Berufsausbildungen wählen, und es wird kein Weg daran vorbeiführen, noch mehr ausländisches Gesundheitspersonal zu rekrutieren (sofern das noch möglich sein wird). Diese Effekte werden eintreten, weil die nationalen und kantonalen Kostenziele des Massnahmenpakets «Zielvorgabe» bei Nicht-Erreichung des Ziels von den Tarifpartnern bzw. durch die Kantone nur mit dem Instrument der Tarifsenkungen erreicht werden können, eine andere Möglichkeit besteht nicht. Denn die AGZ musste insbesondere seit dem Jahr 2015 in Verhandlungen mit Krankenversicherern erfahren, dass Versicherer nicht in der Lage bzw. nicht daran interessiert sind, über Alternativen zur – siehe oben – gescheiterten Kostendämpfungsstrategie via Preissenkungen zu verhandeln. Eine weitere Tarifsenkung, um nationale oder kantonale Zielvorgaben zu erreichen, wird aber die oben beschriebenen, nicht kontrollierbaren Effekten haben und im Ergebnis zu einer Verschlechterung der (ambulanten) Gesundheitsversorgung und der Patientenbetreuung führen, die nicht mehr in der bisherigen Qualität verfügbar sein werden - zumindest nicht für alle OKP-Versicherten sondern im Sinne einer Zweiklassenmedizin nur noch für die vermögenderen Bevölkerungsschichten, die bereit und in der Lage sein werden, nicht mehr über die OKP verfügbare ambulante Leistungen bzw. eine bessere Betreuung privat einzukaufen.
AGZ	**2. Zielvorgaben: Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die sinnvollere Alternative** Vollkommen unverständlich ist diese gross angelegte Budgetierung von Leistungen nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zurzeit im Umsetzungsstadium befindlichen Revision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Durch diese gesetzlich verankerte, umfassende Qualitätsstrategie werden sich alle Ärztinnen und Ärzte an Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung beteiligen, und diese Massnahmen werden ab dem Jahr 2022 in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer verbindlich vereinbart werden (Art. 58a KVG). Das scheint eine wesentlich sinnvollere Alternative zu sein, anstatt mit einer ungezielten Kostendeckelung nicht nur keine Ineffizienzen zu beseitigen sondern auch die Versorgungsqualität zu verschlechtern: weil sie ermöglicht, durch Qualitätsmassnahmen wie bspw. Smarter Medicine oder Stärkung fachspezifischer Qualitätsstandards die Effizienz zu steigern, und damit – noch nicht bezifferbare aber zwangsläufig eintretende – **kostendämpfende Effekte**, **bei gleichzeitiger Erhaltung und Förderung der Versorgungsqualität** zu erzielen.
AGZ	**3. Zielvorgaben: Es droht eine Rationierung von Gesundheitsleistungen** Zum Verschwinden von Leistungen aus der OKP wird im Zusammenhang mit den drohenden ambulanten Zielvorgaben die **Strategie ambulant vor stationär** beitragen. Die staatlich verordnete Ökonomisierung der Spitalversorgung durch das DRG-System hat zur Verschiebung von Leistungen und Kosten geführt, indem vorher in Spitälern erbrachte, von den Tagespauschalen abgegoltene Leistungen in den ambulanten Sektor ausgelagert wurden. So sind bspw. die von der Effizienzstudie beanstandeten, in der Schweiz hohen ambulanten radiologischen Leistungen unter anderem darauf zurückzuführen, dass Spitäler die Radiologie zum Teil ambulant ausgelagert haben. Eine weitere (zu begrüssende) Verlagerung von stationären

	Leistungen in den ambulanten Sektor findet zurzeit durch nationale bzw. kantonale Listen von vorwiegend ambulant zu erbringenden Leistungen statt. Wenn nun die gewollt zunehmenden ambulanten Leistungen bei Überschreitung ambulanter Zielvorgaben nicht mehr oder nicht mehr ausreichend bezahlt und daher auch nicht mehr erbracht werden können, gibt es keinen Überlaufkanal mehr. Anders als bei der Verlagerung von stationär zu ambulant kann eine vom ambulanten Sektor nicht mehr erbringbare Leistung nicht durch eine andere Leistung substituiert werden. Das bedeutet zwangsweise eine Rationierung von ambulanten Gesundheitsleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ein Teil der Bevölkerung wird sie sich daher in Zukunft privat einkaufen (Zweiklassenmedizin).
AGZ	**4. Zielvorgaben: Die Kostensituation wird unvollständig interpretiert** Der Bundesrat verfolgt seit längerem und insbesondere seit dem Jahr 2018 mit den Massnahmenpaketen 1 und 2 auf Grundlage des Expertenberichts aus dem Jahr 2017 das prioritäre gesundheitspolitische Ziel einer Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Die AGZ verkennt nicht die Notwendigkeit, dass auch in der Schweiz als einem der reichsten Länder der Welt über die Effizienz des hochentwickelten Schweizer Gesundheitssystems und somit auch über sinnvolle Möglichkeiten von Kosteneinsparungen diskutiert werden muss. Die AGZ ist aber der Auffassung, dass der Bundesrat die falschen Schlüsse zieht, und die falschen Massnahmen ergriffen werden, denn die prioritär auf Kosteneindämmungen im Gesundheitswesen zielende Strategie des Bundesrats basiert aus unserer Sicht auf einer unvollständigen Interpretation der Kostensituation.
AGZ	**4.1. Das Schweizer Gesundheitssystem kostet nicht viel mehr als andere Gesundheitssysteme** Es ist zwar korrekt, dass die Schweiz mit einem Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 12% eines der teuersten Gesundheitssysteme hat. Betrachtet man aber nur die staatlichen und obligatorischen Gesundheitsausgaben, beträgt der Anteil am BIP allerdings nur 7.8%; die Schweiz ist damit gleichauf mit Österreich und Belgien und hat geringere obligatorische Ausgaben als das Vereinigte Königreich (8.0%), die Niederlande (8.2%), Dänemark (8.4%), Norwegen (9.0%), Japan (9.3%), Schweden (9.3%), Frankreich (9.4%), und Deutschland (9.9%).[4] Der Teil der Ausgaben, den die Schweizer Bevölkerung per Gesetz verpflichtend für das Gesundheitssystem ausgeben muss, und für den der Staat somit die regulatorische Verantwortung trägt, ist demnach vergleichsweise gering. Einen beträchtlichen Anteil der Gesundheitsausgaben zahlen die Menschen in der Schweiz freiwillig bzw. aus der eigenen Tasche. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob es legitim ist, dass der Bundesrat bei seinem Kostendämpfungsziel auf den 12%-Anteil der Gesamtgesundheitskosten am BIP abstellt oder ob er sich nicht ehrlicherweise auf die 7.8% Pflichtkosten beziehen sollte, mit denen die Schweiz aber nicht an der Spitze, sondern im Mittelfeld liegt. Das Abstellen auf die Gesamtgesundheitskosten passt insbesondere nicht mit dem Vorwurf zusammen, es gebe eine nachfrageinduzierte Mengenausweitung aufgrund von Moral Hazard-Verhalten der versicherten Personen. Der These einer Anspruchsmentalität der Grundversicherten zulasten der Versichertengengemeinschaft steht die Realität eines relativ hohen Eigenfinanzierungsanteils der konsumierten Gesundheitsleistungen respektive der Bereitschaft und der Kapazität eines grossen Teiles der Bevölkerung zu dieser Eigenfinanzierung gegenüber, die über mehr Erspartes verfügt (siehe weiter unten). In Deutschland ist die Situation ganz anders. Dort machen die staatlichen und

[4] OECD Health Data 2019, https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9

	obligatorischen Ausgaben für das Gesundheitssystem mit fast 10% am BIP erstens deutlich mehr und zweitens fast alle Gesamtausgaben aus, die bei 11.7% liegen.
AGZ	**4.2. Die Gesundheitskosten sind nicht zu hoch, weil sie stärker als das BIP steigen** Reiche Volkswirtschaften geben mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus – nicht nur absolut, sondern auch in Relation zum Einkommen. Das weist nicht auf einen Missstand hin, sondern ist Folge davon, dass der Gesundheit neben anderen Konsumausgaben mit zunehmendem Wohlstand ein grösserer Stellenwert zukommt, und in diesen Ländern die Gesundheitsversorgung zugänglicher und qualitativ besser ist. Deutlich wird dieser Zusammenhang zum einen im Zeitablauf – nimmt das Bruttoinlandsprodukt (BIP) eines Landes im Zeitablauf zu, steigt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP – und zum anderen im Ländervergleich - Länder mit geringen Wohlstandsniveaus, geben einen geringeren Anteil ihres BIP für Gesundheitsversorgung aus als Länder mit hohen Wohlstandsniveaus.[5] Im Übrigen wird, sofern es auch in den nächsten Jahren zu einem sinkenden BIP kommen sollte, infolge dieses Zusammenhangs auch der Anteil der Gesundheitskosten am BIP zurückgehen, dies trotz zusätzlicher Pandemiekosten. Die Annahme, die Entwicklung der Gesundheitskosten müsse sich konstant zur wirtschaftlichen Entwicklung bewegen, ist somit falsch und wird der steigenden Nachfrage von Gesundheitsleistungen in einer reichen Volkswirtschaft nicht gerecht. Unklar ist und geht auch aus dem Expertenbericht des Bundesrats nicht hervor, ob bzw. warum in der Schweiz das Verhältnis zwischen (obligatorischen) Gesundheitsausgaben und BIP nicht stimmen bzw. ein Indiz dafür sein sollte, dass das System nicht genug effizient und zu teuer sei.
AGZ	**4.3. Die Schweiz kann sich ihr Gesundheitssystem leisten** Die Schweizer Volkswirtschaft kann sich die gesundheitsbezogenen Ausgabensteigerungen aggregiert betrachtet gut leisten. Dies belegen die Haushaltsbudgeterhebungen des Bundesamts für Statistik. Die Budgetsituation der Haushalte hat sich seit 2006 verbessert. Ein durchschnittlicher Haushalt hatte 2017 nach Abzug aller Ausgaben (für obligatorische Steuern, Abgaben und Prämien, übrige Versicherungen, Gebühren und Übertragungen sowie Konsumausgaben) mehr Geld für Ersparnis zu Verfügung als 2006. Die Ersparnis stieg in dieser Zeit von 9.9% auf 14.4% am Bruttoeinkommen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben (obligatorische Krankenkassenprämien, Zusatzversicherungsprämien und out-of-pocket Gesundheitsausgaben) am Bruttoeinkommen ist zwischen 2006 (10.2%) und 2017 (10.5%) konstant geblieben[6]. Der durchschnittliche Haushalt gibt also verhältnismässig nicht mehr für die Gesundheitsversorgung aus und hat am Ende des Monats einen grösseren Anteil seines Bruttoeinkommens übrig. Das Narrativ vom Finanzierungsproblem im Gesundheitswesen ist daher falsch und damit auch der Fokus auf allgemeinem Kostensparen und generellen

[5] Quellen: OECD Data 2019, Gross Domestic Product (GDP), https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm, OECD Health Data 2019, https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9

[6] Haushaltsbudgeterhebung Bundesamt für Statistik, Haushalteinkommen und -ausgaben sämtlicher Haushalte nach Jahr (https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.assetdetail.10867220.html)

	Budgetkürzungen. Dagegen darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Belastung einzelner Bevölkerungsteile von der oben dargestellten guten durchschnittlichen Budgetsituation der Haushalte abweicht, und dass Finanzierungslösungen für stärker belastete Haushalte gefunden werden müssen. Anstelle der allgemeingültigen Kostenreduktion sollte daher die unterschiedliche Lastenverteilung ins Zentrum der Diskussion gerückt werden.
AGZ	**5. Zielvorgaben: Der Nutzen der Gesundheitsversorgung ist hoch – und wird nicht berücksichtigt** Man sollte meinen, dass die Kostendämpfungsmassnahmen vom Bundesrat vorgeschlagen werden, weil der Nutzen der teuren Gesundheitsversorgung den Kosten nachhinkt, und die Bevölkerung nicht angemessen von den Leistungen des Schweizer Spitzengesundheitssystems profitiert. Tatsächlich ist der Nutzen im internationalem Vergleich sehr gross, wie bspw. die unmittelbare Wirkung des Gesundheitssystems auf die Lebensdauer der Bevölkerung zeigt. [7] Auch bei den Wartezeiten, dem Zugang und der Zufriedenheit steht die Schweiz regelmässig im Ländervergleich an der Spitze.[8] Demzufolge zeigen Umfragen, dass die Bevölkerung mit dem Status quo der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden ist und keinen Abbau von Leistungen, sondern die Beibehaltung des hohen Niveaus der Leistungen aus der Grundversicherung wünscht. Die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung, um den hohen Nutzen der Gesundheitsversorgung erhalten zu können, ist sehr hoch. Die Bereitschaft, für eine Kostensenkung individuelle Einschränkungen hinzunehmen, geht sogar tendenziell zurück.[9] Es ist unverständlich, warum sich der Bundesrat in seiner gesundheitspolitischen Strategie bei seinem Vorschlag von Kostendämpfungsmassnahmen nicht damit auseinandersetzt, mit welchem Nutzenverlust für die Bevölkerung diese Vorschläge einhergehen. Es wird im Gegenteil mit der Fokussierung der Kostendämpfungsmassnahmen auf den ambulanten Sektor der Hebel dort angesetzt, wo die Bevölkerung den grössten Nutzen sieht. Eine Einschränkung der freien Arztwahl, sei es nach Kosten-, Qualitäts- oder Effizienzkriterien, sieht die Bevölkerung als den grössten Nutzenverlust an, respektive müssten die Krankenkassenprämien dafür sehr stark sinken, um den Nutzenverlust in Kauf zu nehmen.[10]

[7] Die unmittelbare Wirkung des Gesundheitsversorgungssystems auf die Lebensdauer kann durch den Indikator der vermeidbaren Sterblichkeit (Treatable Mortality Rate), der vorzeitigen vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbaren Sterblichkeit gemessen werden. In der Schweiz gibt es pro 100'000 Einwohner nur knapp 53 Fälle von vorzeitiger Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wären. Das ist im OECD-Vergleich der absolut tiefste Wert. Quelle: Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, S. 59

[8] Euro Health Consumer Index 2018: Das Schweizer Gesundheitswesen ist bezüglich Zugangs zu medizinischen Leistungen mit Abstand das beste europäische Land. Gemessen wird dieser Indikator anhand der Wartezeiten bspw. für Termine beim Hausarzt oder für operative Eingriffe. Insbesondere Deutschland und Grossbritannien, die in der politischen Diskussion um Qualität und Kosten immer wieder als Vergleichsländer herangezogen werden, schneiden in dieser Disziplin schlecht ab

[9] gfs Gesundheitsmonitor 2018

[10] H. Telser, Wie viel ist uns die Qualität im Gesundheitswesen wert?, Die Volkswirtschaft 3 / 2017

AGZ	**6. Zielvorgaben: Behauptete Ineffizienzen sind anzuzweifeln – Kostendämpfungsmassnahmen beseitigen Ineffizienzen nicht** Die AGZ verkennt nicht, dass es in einem teuren Gesundheitssystem, das einen grossen Nutzen mit sich bringt, auch Effizienzpotenziale geben kann. Das ist dann der Fall, wenn der gleiche hohe Nutzen mit weniger Ressourcen erreicht werden könnte. Allein solche Effizienzpotenziale können Massnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen rechtfertigen, wenn dadurch die Ineffizienzen gezielt bekämpft und beseitigt werden, und dabei die Versorgungsqualität nicht leidet. Bei den vorgeschlagenen Massnahmen, insbesondere bei den zentralen Massnahmen der Zielvorgabe, aber auch bei der Erstberatungsstelle, ist das nicht der Fall. Die im erläuternden Bericht zum zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung mehrfach prominent zitierte Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ZHAW und der INFRAS identifiziert im Schweizer Gesundheitssystem ein Effizienzpotenzial von 16 – 19% aller KVG pflichtigen Leistungen. Angesichts des offensichtlich grossen Gewichts dieser Studie für den Bundesrat und der attestierten hohen Ineffizienz des Schweizer Gesundheitssystems kommen wir nicht um eine kurze, bespielhaft gehaltene Kritik der Studie herum: -Unklar ist, ob bei den identifizierten Effizienzpotenzialen das jeweilige Versorgungsniveau beibehalten werden kann, wenn die angestrebten Einsparungen dort realisiert werden[11]. Diesen Beweis kann die Studie erwartungsgemäss nicht antreten. -Ausserdem geht die Studie bei der Bezifferung der Effizienzpotenziale von zahlreichen Annahmen aus. Diese sind zum Teil falsch[12], und zum Teil werden Annahmen getroffen, die ebenso auch in die gegensätzliche Richtung ausfallen könnten[13].

[11] Beispielsweise berufen sich die Studienautoren bei der Bestimmung des Effizienzpotenzials von unnötigen Laboranalysen (M3.S2) darauf, dass bei 11.5% der Befragten einer Studie über einen Zeitraum von zwei Jahren mindestens ein medizinischer Test wiederholt wurde. Dabei ist weder genau definiert, um was für einen Test es sich handelte noch, ob dieser Test ambulant oder stationär durchgeführt wurde. Trotz der geringen Kenntnis zu den Umständen der wiederholten Tests, gehen die Studienautoren davon aus, dass die Wiederholungen der Tests medizinisch unnötig und ineffizient waren und dass es nicht zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung gekommen wäre, wenn diese Tests innerhalb der zwei Jahre nicht wiederholt worden wären.

[12] Beispielsweise treffen die Studienautoren bei der Berechnung eines allfälligen Effizienzpotenzials bei den Betriebskosten von ambulanten Organisationen (P1.S3) die Annahme, dass sich «die Produktionskosten der Leistungserbringer in den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen niederschlagen», das soll heissen, dass Leistungserbringer mit ineffizient hohen Betriebskosten dies kompensieren, indem sie mehr oder teurere Leistungen anbieten und verrechnen und dass Leistungserbringer, die aufgrund von einer Praxiszusammenlegung Betriebskosten effizienter gestalten können, die eingesparten Betriebskosten in Form von weniger Leistungen an die Patienten weitergeben. Diese Annahme ist völlig unsinnig. Denn wenn das so wäre, wären ja gar keine unterschiedlichen Betriebskostenanteile am Gesamtumsatz feststellbar. Hinzu kommt, dass die von Experten angegebenen Betriebskostenanteile jeder Datengrundlage entbehren und nicht den RoKo-Zahlen entsprechen.

	- Falsch ist darüber hinaus, dass die Studie einzelne Effizienzpotenziale in das Gesamteffizienzpotenzial miteinberechnet, zu denen die entsprechenden Massnahmen bereits umgesetzt sind, die also nicht mehr im Gesamteffizienzpotenzial erscheinen sollten. Dies sind zum einen die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen in der Akutsomatik (P2.S1) sowie der Effekt der Anpassungen der TARMED-Tarife durch das BAG (P3.S1). Zudem ist nicht erkennbar, inwiefern sich die Leistungsverschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor auf den Letzteren auswirkt. Insgesamt kann daher also die Grössenordnung des Effizienzpotenzials, an dem sich der Bundesrat nun offensichtlich orientiert, stark bezweifelt werden. Noch mehr erstaunt, dass die Pakete zur Kostendämpfung kaum Massnahmen zur gezielten Beseitigung der vom Bundesrat in diesem Ausmass identifizierten und als Begründung für sein Massnahmenpaket herangezogenen Ineffizienzen enthalten. Anstelle eines gezielten Angehens von angeblichen Ineffizienzen werden mit Kostenzielen alle Leistungen über einen Kamm geschoren, möglicher Weise in der Hoffnung, damit auch Ineffizienzen zu beseitigen. Diese Hoffnung dürfte wohl kaum in Erfüllung gehen.
AGZ	**7. Zielvorgaben: Die Ansprüche der Bevölkerung scheinen nicht zu interessieren** Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung sollten sich nach Auffassung der AGZ zuerst am Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen orientieren, die die Versorgungsleistungen benötigen. Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssten darauf aufbauend die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe die benötigten Leistungen unter guten Bedingungen und mit guter Qualität erbringen können. Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssen drittens dafür sorgen, dass die Finanzierung dieser Leistungen in einer angemessenen, von der Gesamtwirtschaft und den Menschen tragbaren Höhe und Form sichergestellt ist. Der Bundesrat geht in seiner in erster Linie auf Kostendämpfung zielenden Gesundheitsreform anders vor. Er stützt sich auf technokratische Analysen von Experten, die zudem wenig fundiert sind, nicht das halten dürften, was sie versprechen und Kollateralschäden für Leistungsempfänger und Leistungserbringer verursachen werden. Die AGZ beschränkt sich nicht darauf, ihre Besorgnis darüber auszudrücken und die Fehler in den Vorschlägen des Bundesrats aufzuzeigen. Die AGZ ist bereit, einen eigenen Beitrag zu leisten und aufzuzeigen, wie eine Gesundheitsreform anders aufgegleist

[13] Beispielsweise gehen die Studienautoren bei der Beseitigung von angebotsinduzierter Nachfrage durch Einführung von Budgetmitverantwortung von Ärzten (M2.S2) von einer Unterschätzung ihrer Bezifferung aus, weil «sich bisher eher die besseren, effizienteren Ärzte an Budgetmitverantwortung beteiligen». Genauso ist es aber auch denkbar, dass Ärzte, die sich bisher nicht an Budgetmitverantwortung beteiligen, jene sind, die bei ihrem Patientengut kaum Leistungen einsparen können.

	werden könnte. Dazu hat die AGZ eine umfassende Studie zu den Ansprüchen der Bevölkerung und der Ärzteschaft an die ärztliche Versorgung lanciert[14]. Die Ergebnisse dieser Studie liegen seit 2019 vor. Mit der Veröffentlichung Anfang 2020 und der Berichterstattung in der Schweizerische Ärztezeitung wurden die Studienergebnisse auch dem Bundesrat zur Verfügung gestellt. Die AGZ macht die folgende Bewertung der Massnahmen des Kostendämpfungspaktes 2 unter anderem vor dem Hintergrund der Studienergebnisse, die belegen, wie das Versorgungssystem aus Sicht der Betroffenen aussehen sehen sollte.
AGZ	**8. Fazit zu Zielvorgaben - Vorschläge** -Die AGZ lehnt die betreffend Erzielung tatsächlicher Kostendämpfungseffekte fragwürdige, Ineffizienzen nicht beseitigende, mit einer Verschlechterung der Versorgung einhergehende Kostendämpfungsstrategie via Zielvorgaben kategorisch ab. -Die AGZ unterstützt stattdessen die Qualitätsstrategie im KVG, die kostendämpfende Effekte ohne Verschlechterung der Patientenversorgung haben wird. -Die AGZ unterstützt stattdessen die Förderung der Effizienz in der Leistungserbringung. Sollten in der Realität der Leistungserbringung tatsächlich Ineffizienzen auftreten, sind die dafür vorgesehenen Instrumente des KVG zu nützen (Wirtschaftlichkeitsprüfung, Tarifcontrolling). -Die AGZ unterstützt stattdessen den Ansatz der Re-Evaluation von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mittels Methoden des Health Technology Assessment HTA. Sollten dabei tatsächlich ineffiziente oder obsolete Leistungen identifiziert werden, sollten sie aus dem Leistungskatalog der OKP entfernt werden.

[14] Der Vorstand der AGZ hat mit INFRAS ein anerkanntes Forschungsinstitut beauftragt, mit einer qualitativen und quantitativen Analyse den Bedarf und die Bedürfnisse der Menschen, die das Versorgungssystem potenziell oder tatsächlich in Anspruch nehmen, und der Menschen, die Versorgungsleistungen anbieten, zu erheben. Erhoben wurden nicht nur die Ansprüche an die Versorgung bzw. an die Rahmenbedingungen für die Erbringung der Versorgungsleistungen, sondern auch Erwartungen betreffend Versorgungsstrukturen sowie Finanzierungsaspekte. In Fokusgruppeninterviews wurde die Sichtweise der «Leistungsempfänger», differenziert nach jungen Menschen, Menschen mittleren Alters, betagten Menschen und Menschen mit chronischen Krankheiten, und der «Leistungserbringer» (in unserem Fall nur der Ärzte), differenziert nach zukünftigen Ärzten (Studierende sowie Ärzte in Weiterbildung), und Ärzten im Berufsalltag erhoben. In einem zweiten Schritt wurde aufgrund der Erkenntnisse der Fokusgruppen-Interviews eine repräsentative quantitative Erhebung durchgeführt.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
AGZ	Art. 21	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
AGZ	Art. 21	Abs. 2	a-d	Im Absatz 2 wird ausgeführt, dass Daten grundsätzlich in aggregierter Form weiterzugeben sind. Allerdings soll der Bundesrat vorsehen können, dass die Daten pro versicherte Person weitergegeben werden müssen. Aus den Buchstaben a-d sind keine Aufgaben erkennen, welche die Notwendigkeit von Daten pro versicherte Person voraussetzt. Das KVG regelt in Art. 43 ff die Tarife, deren Anforderungen und die Genehmigungsprozesse. Insofern ist unklar, inwiefern das BAG hier nochmals Daten zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung in einem strukturierten Prozess braucht. Es gilt festzuhalten, dass Tarife grundsätzlich der Tarifautonomie unterliegen und die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates keine systematische und strukturierte Analyse im vorgesehenen Ausmass rechtfertigt. Das BAG ist ja bereits mit der subsidiären Kompetenz überfordert, wie die verschiedenen in der Vergangenheit getroffenen Massnahmen zeigen und daher ist auf dieses systematische Datensammlung und -Analyse zu verzichten. Die Tarifpartner müssen der Genehmigungsbehörde ohnehin die Entscheidungsgrundlagen für die Beurteilung eines Tarifes zur Verfügung stellen. Bei einer behördlichen Festsetzung kann die Behörde die entsprechenden Daten situativ einfordern. Die systematische Datenlieferung verursacht nur Kosten, welche in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen. Auch die gesetzlichen	Die Daten sind in aggregierter und anonymisierter Form weiterzugeben. a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringerkategorie.

				Bestimmungen sollten analog der medizinischen Leistungen im KVG den WZW-Kriterien genügen. Zudem werden bereits heute durch die Versicherer WZW-Verfahren gegen auffällige Leistungserbringer durchgeführt, weshalb eine zusätzliche, auf einzelne Leistungserbringer heruntergebrochene Datensammlung überflüssig und unverhältnismässig ist. Im ergänzenden Bericht (S. 62) wird ausgeführt, dass die Kantone ihre Kostenziele bis hin zu einzelnen Leistungserbringern differenzieren können. Das würde bedeuten, dass die Daten also nicht nur dem BAG übermittelt werden, sondern das BAG die nicht anonymisierten Daten dann an die Kantone weitergeben muss, was im vorliegenden Gesetzesentwurf mit keinem Wort erwähnt ist.	
AGZ	Art. 21	Abs. 3		Da die Daten dem BAG nur in aggregierter und anonymisierter Form (vgl. Antrag MSN zu Art. 21 Abs. 2) weitergegeben werden dürfen, erübrigt sich der Absatz 3.	Ersatzlos streichen
AGZ	Art. 25	Abs. 2	h, i	Die AGZ begrüsst grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung, kann aber die geplanten Regelungen zu den «Programmen der Patientenversorgung» im Hinblick auf ihre Effektivität und ihren Einfluss auf die Versorgungsqualität nicht abschliessend beurteilen. Die AGZ bezweifelt aber, dass die Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung in der geplanten Form im Gesetz (Art. 24 Abs. 2 Bst. h und i) aufgeführt werden müssen. Zum einen ist dies bereits in Art. 25 Abs. 2 Bst. a mit «Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen» genannt. Die gesetzliche Grundlage für Leistungen von	Ersatzlos streichen

				Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen ärztlich geleiteter strukturierter Programme ist also prinzipiell bereits vorhanden, die Leistungserbringung muss aber aktuell explizit auf ärztliche Anordnung oder im Auftrag erfolgen. Zum anderen verweisen wir auf das Medizinalberufegesetz, das die Kompetenzen der Leistungserbringer abschliessend regelt. Diese sehen für Apothekerinnen und Apotheker keine Kompetenz zur Erbringung ärztlicher Leistungen vor, sondern lediglich, dass Apothekerinnen und Apotheker «angemessene Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen und Krankheiten» (Art. 9 MedBG) haben. Angemessene Grundkenntnisse genügen nicht, um selbstständig eine Differenzialdiagnose bei Patientinnen und Patienten durchzuführen und eine Behandlung einzuleiten. Daher müssen die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker auch nicht im KVG erwähnt werden, denn es wird ja hinzugefügt, dass diese Leistungen nur im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen erbracht werden können. Das gibt Apothekerinnen und Apothekern zwar mehr Kompetenz zum selbständigen Erbringen von ärztlichen Leistungen, was wie oben bemerkt im Widersprich zum Art. 9. MedBG steht, belässt die Haftung jedoch bei der Ärztin, dem Arzt oder der ärztlichen Institution, die das strukturierte Programm leitet.	
AGZ	Art. 32	Abs. 3		Keine Bemerkungen	
AGZ	Art. 33	Abs. 3		Da der Art. 25 Abs. 2 lit. h und i ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
AGZ	Art. 35	Abs. 2		Eine neue Leistungserbringerkategorie soll Aufnahme im KVG finden. Dies ist unnötig, da ein Ärztenetz eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen,	Ergänzung des Art. 35 Abs. 2 Bst. n: «Einrichtungen oder Institutionen/Ärztenetze, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen»

				darstellt, wie sie in Art. 35 Abs. 2 Bst. n definiert ist.	
AGZ	Art. 36b			Die AGZ begrüsst grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung. Die INFRAS-Studie zeigt auf, dass sowohl die Ärzteschaft als auch die Bevölkerung sich darin einig sind, dass bei der Koordination zwischen den Leistungserbringern Defizite bestehen. Beide sehen bei der verbesserten Koordination auch ein grosses Kosteneinsparpotenzial[15]. Die Wünsche insbesondere der jüngeren ÄrztInnen, mehr Teilzeit arbeiten zu können, sind wenig kompatibel mit dem Anspruch der PatientInnen, möglichst immer und spontan die gleiche Ärztin bzw. den gleichen Arzt zu konsultieren. Mehr koordinierte Versorgungsmodelle mit Stellvertreterlösungen und Gruppen-/Gemeinschaftspraxen könnten dieses Dilemma ggf. etwas auflösen. Die AGZ bezweifelt, dass die geplante Gesetzesänderung (Festlegen der Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke zur koordinierten Versorgung durch den Bundesrat), eine effektive Förderung der koordinierten Versorgung bedeutet. Die Alternativen Versicherungsmodelle wurden und werden aktuell von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert. Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der	

[15] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

				Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke ist daher abzulehnen. Eine Definition eines Ärztenetzes ist überflüssig, da diese bereits unter die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, subsumiert werden können und diese in Art. 36a bereits definiert sind.	
AGZ	Art. 40a-d			Die AGZ lehnt die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Denn sie schränkt die Wahlfreiheit der Patienten unnötig ein, ist versicherungsökonomisch unsinnig, führt zu unnötigen Mehrleistungen und zusätzlichem Aufwand und stärkt die Grundversorgung nicht. **Die Bevölkerung will die freie Wahl** Bei der Massnahme «Erstberatungsstelle» handelt es sich um eine krasse Form der Einschränkung des freien Zugangs zu Leistungserbringern. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl prinzipiell für alle auf. Kein Bürger soll mehr direkt den Leistungserbringer seiner Wahl aufsuchen können. Das entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung. Bereits die deutliche Ablehnung der Managed Care Vorlage im Jahr 2012 hat gezeigt, dass die Bevölkerung grossen Wert auf die freie Arztwahl legt, dies obwohl die Managed Care Vorlage in Bezug auf die Einschränkung der freien Arztwahl harmlos war. Es sollte «lediglich» ein zusätzliches optionales Modell mit eingeschränkter Arztwahl (integriertes Versorgungsnetzwerk) eingeführt werden. Dabei waren sogar Aussichten auf eine geringere Krankenkassenprämie und Kostenbeteiligung bei Wahl eines integrierten Versorgungsnetzwerkes gegeben. Die Stimmbürger haben die Vorlage mit 76% Nein-Stimmen abgelehnt und somit offensichtlich den freien Zugang zu Leistungserbringern deutlich höher gewichtet als eine Reduktion der Prämien oder	Ersatzlos streichen

				Kostenbeteiligungen. Zwar haben sich heute über drei Viertel (77%) der Deutschschweizer Versicherten freiwillig für eine Grundversicherung mit einem alternativen Versicherungsmodell (Hausarztmodell, Telmed-Modell, HMO-Modell) entschieden (INFRAS 2019); dabei spielt die Freiwilligkeit und Selbstverantwortung aber die entscheidende Rolle. Versicherte, die sich für ein Standard-Versicherungsmodell entschieden haben, haben i.d.R. einen bestimmten Grund, sich nicht per se in der freien Wahlmöglichkeit des Arztes einzuschränken (bspw. bei schlechtem Gesundheitszustand bzw. chronischer Erkrankung). Weiter zeigt die INFRAS-Studie der AGZ auf, dass die Versicherten, die ein Modell der freien Arztwahl respektive des freien Zugangs zu Spezialisten wählen, diese Freiheit nicht verlieren wollen (46% dieser Versicherten würden den Verlust der freien Arztwahl nicht gegen tiefere Prämien tauschen wollen). Es ist auch nicht ersichtlich, wie eine verpflichtende Erstberatung durch bspw. Patienten mit Krebs oder Menschen mit schwer identifizierbaren seltenen Krankheiten helfen sollten. Die Realität, dass es einen Mangel an gut und umfassend ausgebildeten Hauärzten gibt, die am ehesten die Rolle einer ständigen ersten Anlaufstelle übernehmen können (und aus Sicht der meisten Patienten übernehmen sollten), bzw. das Tarifsystem, das eine – wenn sie eine Wirkung haben soll – intensive und zeitaufwändige Erstberatung bei chronischen, komplexen oder seltenen Behandlungen nicht abbildet, stehen dem Ansatz einer Erstberatung entgegen. **Der Impact der Massnahme auf Verhaltensänderungen ist gering**	

				Die abschreckende Wirkung und die negative Wahrnehmung einer verpflichtenden Erstberatungsstelle wird wegen der Beschneidung der persönlichen Wahlfreiheit in der Bevölkerung zwar immens sein. Eine ernstzunehmende Wirkung auf Verhaltensänderungen beim Arztbesuch wird die Massnahme indes aber nicht haben. Denn die meisten Patientinnen und Patienten suchen heute schon zuerst eine definierte Erstberatungsstelle auf. Laut INFRAS-Studie gehen 97% der Versicherten mit Hausarztmodell und 99% der Versicherten mit HMO-Modell immer oder meistens zuerst zu ihrer Erstberatungsstelle. Aber auch die Standardversicherten, die eigentlich direkt zur Spezialistin bzw. zum Spezialisten gehen könnten, konsultieren in 80% der Fälle zuerst ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt. Insgesamt suchen 89% der Patientinnen und Patienten ungeachtet des Versicherungsmodells für die Erstkonsultation immer oder meistens den persönlichen Hausarzt oder die eigene HMO-Praxis auf (INFRAS 2019, siehe Graphik). Die übrigen 11% gehen entweder zu wechselnden Grundversorgern (4%) oder suchen sich jeweils für das vorliegende Problem die aus ihrer Sicht geeignetsten Spezialärztinnen und Spezialärzte (7%). Die Steuerungswirkung kann also gerade mal diese 11% der Versicherten betreffen. **Eine verpflichtende Erstberatungsstelle ist versicherungsökonomisch unsinnig** Versicherte, die sich für die Standardversicherung, also für die freie Arztwahl, entschieden haben, zahlen höhere Prämien. Sie tragen also die allfälligen Mehrkosten, die ihre Versicherungsform verursacht, selbst. Es ist nicht einzusehen, warum man ihnen ein Produkt aufzwingen möchte, das zwar (vielleicht) günstiger ist, dafür aber nicht ihren Präferenzen entspricht. Wenn sie dieses	

				Produkt wollten, könnten sie sich heute bereits dafür entscheiden. **Keine Einsparwirkung aber zusätzlicher Aufwand und volle Wartezimmer** Wie gesagt gehen lediglich 11% der Versicherten heute nicht zuerst zu der gleichen ersten Anlaufstelle. Eine Verhaltensänderung kann also nur bei diesen 11% der Versicherten erzielt werden. Dagegen gibt es rund 23% Standardversicherte; diese sollen von einer Prämienreduktion ausgehen dürfen. Wenn aber nur zusätzliche 11% der Versicherten gesteuert werden, wird diese Prämienreduktion wohl nicht entsprechend hoch ausfallen können. Voraussetzung dafür, dass es überhaupt zu einer Prämienreduktion kommt, wäre ja, dass dadurch, dass die besagten 11% über die Erstanlaufstelle gehen, Kosten gespart werden. Das ist stark zu bezweifeln. Denn 7% der Versicherten wählen heute bewusst den direkten Weg zum Spezialisten. Bei diesen Patientinnen und Patienten wird der Besuch der Erstberatungsstelle nur ein notwendiges zu absolvierendes Übel sein, bevor sie den gewünschten Spezialisten aufsuchen können. Bei den Grundversorgerinnen und -versorgern wird das lediglich zu höherem Aufwand und vollen Wartezimmern führen. **Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen** Wenn Hausärztinnen und Hausärzte für die Erstberatung eine jährliche Pauschale pro versicherte Person erhalten, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, unabhängig davon, ob und wie häufig sich die versicherten Personen an sie wenden, führt das zu komplett falschen Anreizen. Bei knappen Ressourcen sind Ärztinnen und Ärzte gezwungen, sich auf ein möglichst gesundes	

				Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf so gut es geht zu vermeiden. Knappe bzw. beschränkte Ressourcen pro Patient bedeuten auch, dass die Erstberatung so knapp wie möglich ausfallen muss, umfassende Abklärungen und eine gute Koordination nicht stattfinden können, sondern Patientinnen und Patienten schnellst möglich an einen anderen Arzt, einen Spezialisten, weiterüberwiesen werden müssen. Das Ziel, dass die Erstberatungsstelle Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, um die Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung konterkariert. Die Erstberatungsstelle droht unter diesen Umständen zu einem notwendigen Übel zu mutieren, das Versicherte auf sich nehmen müssen, und ein erhoffter Effekt auf die Vermeidung von «unnötigen» Leistungen wird nicht eintreten. Das Vertrauen der Patienten in die Grundversorgung dürfte dadurch eher geschwächt als gestärkt werden. **Modell Erstberatungsstelle nicht durch Pflicht, sondern durch echte Stärkung der Grundversorgung fördern** Die Tatsache, dass die Mehrheit freiwillig ein besonderes Versicherungsmodell wählt und bei gesundheitlichen Problemen in der Regel zuerst die Hausärztin oder den Hausarzt aufsucht, zeigt, dass diesen in der Grundversorgung tätigen Ärzten als erste und verfügbare Anlaufstelle eine zentrale Rolle spielen. Die meisten Menschen haben eine deutliche Präferenz für eine feste vertraue Bezugsperson und eine kontinuierliche Beziehung zur Hausärztin/zum Hausarzt (INFRAS 2019). Die Hausarztmedizin sollte daher unbedingt gestärkt, und Hausärzte sollten als	

				Erstberatungsstellen gefördert werden. Durch ein zwangsweises Gatekeeping in Form des verpflichtenden Aufsuchens einer Erstberatungsstelle wird sich aber wie beschrieben an der heutigen Situation wenig ändern, sondern ggf. wird sich die Bedeutung der Erstberatung durch Hausärztinnen und Hausärzte noch verschlechtern. Es ist nicht ersichtlich, wie eine verpflichtende Erstberatung bspw. Patienten mit Krebs oder Menschen mit schwer identifizierbaren seltenen Krankheiten helfen sollten. Die Realität, dass es einen Mangel an gut und umfassend ausgebildeten Haus- und Kinderärzten gibt, und ein Tarifsystem, das eine intensive und zeitaufwändige Erstberatung bei chronischen, komplexen oder seltenen Behandlungen nicht abbildet, stehen dem Ansatz einer Erstberatung zudem entgegen. Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des «Modells Erstberatungsstelle» sind ausreichende und gut ausgebildete Hausärztinnen und Hausärzte, qualitativ gute Netzwerke von Hausärzten und Spezialisten und ein Tarifsystem, das vor allem den Zeitbedarf für eine Erstberatung und die weitere Koordination des Behandlungsprozesses angemessen abbildet.	
AGZ	Art. 41			Keine Bemerkungen	
AGZ	Art. 41a			Da die Erstberatungsstelle (Art. 40a-d) abgelehnt wird, kann auf den Art. 41a ebenfalls verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
AGZ	Art. 42	Abs. 2		Keine Bemerkungen	
AGZ	Art. 42a	Abs. 2, 3		Keine Bemerkungen	
AGZ	Art. 48a	Abs. 1,		Die AGZ kann noch nicht abschliessend beurteilen, inwiefern die	

		2		pauschale Abgeltung der Leistungen des Netzwerkes zur koordinierten Versorgung zielführend sind. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken sind grundsätzlich sinnvoller als solche die bspw. nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei der Erstberatungsstelle geplant ist. Allerdings scheint es dann auch vorgegeben zu sein, dass sich die Versorgungsnetzwerke auf spezifische Behandlungen spezialisieren, für die sich konkrete Behandlungspfade definieren lassen. In jedem Fall ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination in den Pauschalen berücksichtigt und abgegolten wird. Gemäss INFRAS-Studie seien laut Ärztinnen und Ärzten u.a. fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer, sich integrierten Versorgungsmodellen anzuschliessen und u.a. Budgetverantwortung zu übernehmen sowie fehlende Abrechnungsmöglichkeiten des Aufwands für die Koordination, Hauptgründe dafür, dass die integrierte Versorgung in der Schweiz noch weiteres Umsetzungspotential hat.	
AGZ	Art. 52	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
AGZ	Art. 52b			Keine Bemerkungen	
AGZ	Art. 52c			Keine Bemerkungen	
AGZ	Art. 53	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
	Art. 54			Die AGZ lehnt die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele entschieden ab. Zielvorgaben bedeuten gedeckelte Budgets. Dies ist auch dann der Fall, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt werden. Die vorgegebene Zielvorgabe wird – trotz Einbezugs des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes	Ersatzlos streichen

				neben der wirtschaftlichen Entwicklung geringer ausfallen, als es der aktuellen tatsächlichen Kostenentwicklung entspricht. Denn die erlaubten Mehrkosten aufgrund des demographischen Wandels und des technischen Fortschrittes werden nicht Mehrkosten entsprechen, die tatsächlich von diesen Effekten ausgelöst werden. Bisher konnte noch keine Wissenschaftlerin und kein Wissenschaftler bestimmen, welcher Anteil am Anstieg der Gesundheitskosten auf die wirtschaftliche Entwicklung, den demographischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist. Die erlaubten Mehrkosten werden also politisch festgelegt sein. Leistungserbringer und ihre Patientinnen und Patienten werden also unter einer Zielvorgabe in jedem Fall mit weniger Mitteln auskommen müssen. Ärztinnen und Ärzte werden medizinische Leistungen beschränken müssen. Dies ist wird nicht zu einer Reduktion von Überversorgung führen, sondern zu einer Verschärfung der Problematik von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zielvorgaben reduzieren keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize. Sie werden ineffiziente Kosten nicht reduzieren, sondern Folgekosten verursachen. Sie verschlechtern die Versorgungsqualität und schaffen Versorgungslücken. **Zielvorgaben rationieren notwendige medizinische Leistungen** «Bei einem gedeckelten Budget ist es nicht möglich, alle Leistungen gegenüber allen Patientinnen und Patienten zu erbringen»[16]. Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, ihren jeweiligen Patientinnen und Patienten die medizinische Behandlung zu geben, die diese benötigen. Haben sie eine Patientin mit einem bestimmten Behandlungsbedarf vor sich, wissen sie nicht, wie viele	

[16] FMH, Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, 2018, https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf

				weitere Patientinnen in der laufenden Budgetperiode noch mit diesem oder einem noch dringenderen Behandlungsbedarf zu ihnen kommen. Sie können keine Gesamtabwägung darüber machen, welche Patientinnen und Patienten die Behandlung bekommen und welche Patientinnen und Patienten auf die Behandlung verzichten müssen. Das heisst die knappen Ressourcen können aufgrund unvollständiger Information nicht sinnvoll am medizinischen Bedarf ausgerichtet verteilt werden. Medizinisch notwendige Leistungen werden nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden können bzw. in die nächste Budgetperiode verschoben werden. Dies verschärft die Problematik in jeder weiteren Budgetperiode. Die Folge ist, dass immer mehr Patientinnen und Patienten Leistungen vorenthalten werden müssen, und es immer häufiger zu langen Wartezeiten kommt. Die Schweizer Bevölkerung schätzt den guten Zugang zu Innovationen und die aktuell relativ geringen Wartezeiten in der Schweiz sehr. Die Mehrheit ist nicht bereit Abstriche beim Zugang oder den Wartezeiten in Kauf zu nehmen, selbst dann nicht, wenn im Gegenzug die Prämien sinken. Gut 70% der Befragten, der von der AGZ bei INFRAS in Auftrag gegebenen Studie lehnen es ab, Kürzungen des Leistungskataloges in Kauf zu nehmen, wenn dafür die Prämien sinken. 65% der Patientinnen und Patienten möchten nicht, dass die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte eingeschränkt wird und ebenfalls 65% möchten keine Einschränkungen beim Zugang zu Innovationen hinnehmen. 75% der Befragten lehnen längere Wartezeiten bei Hausärzt*innen ab, 63% lehnen längere Wartezeiten bei Spezialist*innen und 46% längere Wartezeiten für planbare Operationen ab, wenn dadurch	

				die Prämien sinken würden[17]. **Zielvorgaben ebnen den Weg für eine Zweiklassenmedizin** Wer trotz gedeckeltem Budget in der obligatorischen Krankversicherung keine Einschränkungen und längere Wartezeiten hinnehmen möchte und es sich leisten kann, wird die gewünschten Behandlungen aus der eigenen Tasche zahlen oder über Zusatzversicherungen erhalten. In Deutschland haben einige Ärztinnen und Ärzte ihr Angebot komplett auf privatversicherte oder selbstzahlende Patientinnen und Patienten ausgerichtet bzw. behandeln diese bevorzugt. Damit haben sich die ärztlichen Ressourcen, die der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, zusätzlich - sowohl quantitativ als auch qualitativ – verschlechtert. Die Einführung einer Zielvorgabe in der obligatorischen Krankenversicherung würde insbesondere in der Schweiz, in der es viele zahlungskräftige Bürgerinnen und Bürger gibt, den Weg für eine Zweiklassenmedizin ebnen. Gemäss INFRAS-Studie würden 29% der Befragten höhere Prämien zahlen, um dafür eine höhere Anzahl Hausärzte und Hausärztinnen verfügbar zu haben, 17% der Befragten wurde für mehr Spezialisten mehr zahlen. Für kürzere Wartezeiten würde rund ein Viertel der Befragten höhere Prämien zahlen[18]. **Zielvorgaben verschlechtern das Arzt-Patient-Verhältnis** «Die Politik will die Diskussion, wer wann keine Leistung mehr	

[17] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019
[18] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

				erhalten soll, nicht führen und delegiert diese Aufgabe an die Ärzteschaft»[19]. Damit geraten Ärztinnen und Ärzte in schwierige Konflikte mit ihren Patientinnen und Patienten. Versicherte in der OKP haben Anspruch auf volle Leistung ohne Deckelung. Eine Versicherung hat zu zahlen, wenn der Schaden eintritt. Die Deckelung soll nun dadurch erreicht werden, dass Leistungen von Ärztinnen und Ärzten gar nicht erst erbracht und auf diese Weise Patientinnen und Patienten vorenthalten werden. Dies belastet und untergräbt das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis, welches für die gute ärztliche Versorgung von zentralster Bedeutung ist – dies ist eine der wichtigsten Schlussfolgerungen der INFRAS-Studie. Ein schlechtes Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutet schlechte Versorgung. Die Ärzteschaft versteht sich als Partner der Patientinnen und Patienten. Die Ärzteschaft weigert sich, die Rolle des Rationierers zu übernehmen. **Zielvorgaben beseitigen keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize** In einem theoretischen Ansatz ist es möglich, Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitssystem respektive unnötige Kosten zu identifizieren (im Gegensatz zur Realität, siehe die einleitenden Bemerkungen zum tayloristischen Ansatz und zum «Faktor Mensch»). Die ZHAW und INFRAS haben sich bemüht, diese Ineffizienzen in der vom BAG beauftragen Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen» zu benennen und zu beziffern. Die identifizierten Ineffizienz-Kategorien sollen unwirksame Leistungen, angebots- und nachfrageindizierte Mengenausweitung, mangelnde Koordination in der Versorgung, produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern, suboptimale	

[19] FMH, Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, 2018, https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf

				Allokation der Versorgungssettings sowie zu hohe Leistungen von Gesundheitsleistungen und Produkten sein. Zusammen sollen diese Ineffizienzen 16 bis 19% der KVG-pflichtigen Leistungen ausmachen. Es ist zu befürchten, dass sich der Bundesrat bei der Festlegung der nationalen Zielvorgabe an den Studien-Ergebnissen orientieren wird. Aber durch eine Zielvorgabe wird keine einzige dieser Ineffizienzen gezielt gesteuert und beseitigt. Im Gegenteil, eine Zielvorgabe schafft neue falsche Anreize. Dies sind a) das Verschieben notwendiger Leistungen in andere Leistungsblöcke, andere Kantone oder folgende Budgetperioden, b) das Vermeiden von aufwendigen komplexen Fällen, die einen hohen Ressourceneinsatz erfordern und c) ein Hamsterrad-Verhalten der einzelnen Marktteilnehmer (Patienten und Leistungserbringer). **Zielvorgaben orientieren sich nicht am Behandlungsbedarf** Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen sollte am Behandlungsbedarf der Bevölkerung ansetzen. Zielvorgaben berücksichtigen den Behandlungsbedarf nicht. Sie richten sich ggf. an der demographischen Entwicklung der Schweiz und der Bevölkerung der einzelnen Kantone aus. Diese beschreibt aber die Morbidität und damit den Behandlungsbedarf nur unzureichend. **Unwirtschaftliche Leistungen werden bereits kontrolliert und nicht vergütet** Eine mögliche Überlegung der Regulatoren hinter der Einführung eines Zielvorgaben ist, dass Ärztinnen und Ärzte unter einem Kostenziel unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen weglassen. Das unterstellt, dass Ärztinnen und Ärzte heute mit vollem Bewusstsein unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen erbringen. Das hiesse, dass sie sehr genau wissen, welche Leistungen unwirtschaftlich und/oder unwirksam sind, ergo	

				von heute auf morgen die Entscheidung treffen können, diese Leistungen wegzulassen. Das ist nicht der Fall. Ausserdem gibt es bereits heute Kontroll- und Sanktionsmechanismen bei unwirtschaftlicher Leistungserbringung (Wirtschaftlichkeitsverfahren) und bei falscher oder auffälliger Tarifanwendung (Tarifcontrolling). Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch die Kosten, Leistungserbringung und Tarifanwendung und fordern Vergütungen zurück. Der Spielraum für die unwirtschaftliche oder exzessive Anwendung von Leistungen ist daher bereits heute gering. **Zielvorgaben senken die Kosten nicht** Die Kantone Genf, Waadt und das Tessin haben Zielvorgaben im Spitalbereich. Ein dämpfender Effekt auf das Ausgabenwachstum kann dort nicht bestätigt werden[20]. Zielvorgaben führen zu Folgekosten wegen unterlassener Behandlungen. Wenn beispielsweise eine ältere Patientin aufgrund einer Knie-Operation nur ein halbes Jahr länger selbständig wohnen kann, ist die Operation für die Gesellschaft bereits günstiger[21].	
AGZ	Art. 54a			**Zielvorgaben verhindern integrierte Versorgung** Die Zielvorgabe wird auf verschiedene Leistungsblöcke (bspw. stationäre Leistungen im Spital, ambulante Leistungen im Spital, ambulante Leistungen in Praxen, Leistungen der Grundversorgung, Spezialärztliche Leistungen, Medikamente, Laborleistungen, etc.) aufgeteilt. Dies führt dazu, dass jeder Leistungsblock sein eigenes Teilbudget verteidigen wird, und dass Leistungserbringer geneigt sind, Patientinnen und Patienten in andere Leistungsblöcke zu	Ersatzlos streichen

[20] Trezzini, B., Meyer, B., Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht, Schweizerische Ärztezeitung, 2019, 100(33):1057-1060
[21] FMH, Film: Auswirkungen des Globalbudgets, https://www.fmh.ch/politik-medien/politische-geschaefte/kostendaempfung-globalbudget.cfm

				verschieben. Die Trennung nach Leistungsblöcken lässt es nicht zu, dass Leistungserbringer ein gemeinsames Kostenbewusstsein und Verantwortung für die gesamten Fallkosten übernehmen. Dies widerspricht der integrierten Versorgung.	
AGZ	Art. 54b			**Zielvorgaben wirken Zentralisierung und Spezialisierung entgegen** Die Zielvorgabe wird auf die einzelnen Kantone verteilt. Dabei spielen die aktuelle Kostenverteilung, die Bevölkerungsverteilung und die demographische Entwicklung der Wohnbevölkerung der Kantone eine Rolle. Die Wohnbevölkerung spiegelt aber nicht realistisch wider, welche und wie viele Patientinnen und Patienten in einem Kanton tatsächlich ärztlich versorgt werden. Je spezialisierter das medizinische Angebot eines Kantons ist, umso mehr Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen werden dort versorgt. Dabei handelt es sich vor allem um schwere Fälle, die überdurchschnittlich hohe Kosten verursachen. Sollten diese Fälle in Zukunft in ihren eigenen Wohnkantonen behandelt werden, weil sie dort in der kantonalen Zielvorgabe berücksichtigt sind? Kantonale Zielvorgaben fördern es, dass unsinnige parallele kantonale Strukturen bestehen bleiben oder weiter ausgebaut werden. Sie wirken Zentralisierung und Spezialisierung von medizinischem Knowhow und Ressourcen entgegen.	Ersatzlos streichen
AGZ	Art. 54c			Da die Art. 54 – 54b ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
AGZ	Art. 54d			**Zielvorgaben gefährden die Versorgungssicherheit insbesondere in der Grundversorgung** Die Kantone führen Korrekturmassnahmen durch, wenn die Kostenziele überschritten werden. Die Korrekturmassnahmen bestehen aus Anpassungen der Tarifverträge, Tarife und Preise	Ersatzlos streichen

				(Taxpunktwerte, Baserates, etc.). Im schlimmsten Fall findet ein jährlicher Preisabschlag statt. Darunter werden insbesondere Ärztinnen und Ärzte jener Fachbereiche leiden, deren Umsätze bereits heute kaum die Gestehungskosten der Praxis decken können. Dies sind vor allem Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, also die Grundversorger. Bereits heute haben diese Fachgebiete Nachwuchsprobleme und insbesondere bei den Hausärzten und Kinderärzten spüren Patientinnen und Patienten bereits heute den Ärztemangel. Im Kanton Zürich gibt es kaum Kinderärzte, die keine Aufnahmebeschränkungen und Wartelisten bei Neuanfragen haben; teilweise gibt es sogar Aufnahmestopps.	
AGZ	Art. 54e			Da die Art. 54 – Art. 54d ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
AGZ	Art. 64	Abs. 7	b und c	Keine Bemerkungen	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dr. med. Alexandra Krautheim

Spalenpraxis Dermatologie

Missionsstrasse 28, 4055 Basel

Alexandra Krautheim

061 260 26 00

krautheim@spalenpraxis.ch

Basel, 21.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen,

	welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen

	administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die	

				Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und	

				sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Allergie & Haut AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Bahnhofstrasse 25

Kontaktperson : Dr. med. E. Paul Scheidegger

Telefon : 076 424 1962

E-Mail : paul.scheidegger@allergieundhaut.ch

Datum : 19.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Allianz Kinderspitäler der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : AllKidS

Adresse : c/o UKBB, Spitalstrasse 33, Postfach, 4031 Basel

Kontaktperson : Marco Fischer, Präsident AllKidS und CEO UKBB

Telefon : 061 704 12 12

E-Mail : marco.fischer@ukbb.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 8

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 9

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
AllKidS	**Allgemeine Anmerkungen** Der Bundesrat hat sich entschieden, der Kostenbremse-Initiative der CVP einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberzustellen und diesen als Massnahmen Kostendämpfung – Paket 2 in die Vernehmlassung zu geben. Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz hat das Massnahmenpaket 2 mit Blick auf die Kinder- und Jugendmedizin (KJM), insbesondere die spezialisierte KJM beurteilt. Es zeigt sich einmal mehr das bekannte Problem, dass die Regulierung im Gesundheitswesen durch die Erwachsenenmedizin getrieben wird, die sich in wichtigen Punkten von der KJM unterscheidet. Wir sehen daher die Massnahmen kritisch und lehnen insbesondere die geplanten Gesetzesänderungen für Zielvorgaben in der Kostenentwicklung ab. Diese werden zwangsläufig zu Qualitätseinbussen und ungleichen Zugangsbedingungen zur Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung führen. Aus unserer Sicht finden sich in diesem Massnahmenpaket positive Aspekte nur in dem Vorschlag der Stärkung der koordinierten Versorgung sowie bei den Preismodellen und Rückerstattungen. Bei der koordinierten Versorgung lehnen wir die vorgesehene Ausgestaltung allerdings ab. Im Unterschied zur Erwachsenenmedizin ist die kooordinerte Versorgung in Netzwerkstrukturen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin aus verschiedenen Gründen bereits heute weitverbreitet. Es ist daher Vorsicht geboten, wenn der Staat hier in gut gemeinter Absicht zu stark eingreift und damit die Eigeninitiative übersteuert.
AllKidS	**Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP: Ablehnung** Eine Zielvorgabe für Gesundheitskosten läuft letztlich auf ein Globalbudget hinaus. Ein solches würde sich gravierend auf die Kinderspitäler und Kinderkliniken auswirken. Hier wäre durch ein am Ende des Betrachtungszeitraums aufgebrauchtes Budget die Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet bzw. würde zu Lasten der Spitäler erfolgen – und zwar unabhängig davon, ob sie bis dahin effizient gearbeitet haben und äussere Faktoren einen Mehrbedarf an Leistungen verursachen. Zu befürchten wäre zudem, dass die Notfallambulanzen der Spitäler vermehrt aufgesucht würden, falls das Budget der Praxispädiater aufgebraucht ist. Als Endversorgungsspitäler sind die Kinderspitäler letzte Instanz. Sie können ihre Patienten an keine weiteren Leistungserbringer weiterleiten. Schliesslich tangieren kantonale Kostenziele die kantonsübergreifende bzw. überregionale Erbringung medizinscher Leistungen, die bei versorgungsrelevanten Kinderspitälern und -kliniken gang und gäbe ist. Auch hier wären die Kinderspitäler und -kliniken bei Budgetknappheit die Leidtragenden. Solche Szenarien sind ganz allgemein eine Zumutung und bestrafen jene Leistungserbringer, welche effizient arbeiten. Massnahmen zur Kostensenkung müssen wissenschaftlich begründet und zielgerichtet erfolgen. Eine Rationierung von Leistungen müsste – sofern von der Schweizer Bevölkerung überhaupt gewünscht - in einem gesellschaftlichen Diskurs festgelegt und mit strengen Massstäben ethisch begründet und vertretbar sein. Ein Globalbudget läuft auf eine nicht-selektive Rationierung hinaus, die erfahrungsgemäss besonders hilfsbedürftige Personen (diejenigen, die auf regelmässige medizinische Hilfe angewiesen sind oder diese zum falschen Zeitpunkt benötigen) am härtesten trifft.

AllKidS	**Erstberatungsstelle: Ablehnung** Die Idee der Erstberatungsstelle zielt ausschliesslich auf die Versorgung von Erwachsenen. In der Kinder- und Jugendmedizin ist es auch ohne Zwang gang und gäbe, dass die Überweisung an einen Spezialisten (vorwiegend in den Spitälern lokalisiert) aufgrund der Konsultation bei einem Grundversorger erfolgt – oder von einem Spital ohne die benötigte KJM-Spezialistenexpertise. Eine Erstberatungsstelle ist also unnötig und generiert nur bürokratischen Mehraufwand ohne positive Effekte auf die Versorgung. Zudem ist eine Entschädigungspauschale kritisch zu sehen. Eine sinnvolle Filterfunktion ist nur bei der Möglichkeit der Abrechnung des tatsächlichen Aufwandes durch die Erstberatungsstelle gegeben. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Erstberatung (und die Weiterweisung an den Spezialisten) zu einem rein bürokratischen Akt wird, um ungedeckte Kosten in der Erstberatungsstelle zu vermeiden.
AllKidS	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Ablehnung** In der Kinder- und Jugendmedizin sind bereits heute Netzwerkstrukturen zur Behandlung z.B. von chronisch kranken Patienten oder Patienten mit seltenen Krankheiten vorhanden. Dabei besteht eine enge Zusammenarbeit der Spezialisten in den Spitälern untereinander sowie mit den Grundversorgern in freier Praxis, mit Pflegediensten, Therapeuten, Betreuungseinrichtungen und anderen. Die Förderung und die Institutionalisierung solcher bereits vorhandener Strukturen und eine Berücksichtigung der erbrachten Leistungen in den Tarifen wären zielführender als der Aufbau neuer Konstrukte. Die Leistungserbringer mit Netzwerk- und Koordinierungsfunktion sollten aus dem Kreis der bereits jetzt in die integrierte Patientenbehandlung involvierten Akteure kommen. Andernfalls kommt es zu Effizienzverlusten und zu kostenintensivem bürokratischem Aufwand. Die Definition neuer Leistungserbringer und die vorgesehene zentrale Abrechnung lehnen wir dezidiert ab. Diesen Regelungen verursachen einen massiven bürokratischen und finanziellen Mehraufwand, ohne dass die Qualität der Patientenversorgung verbessert wird. Personell müssten die Netzwerke mit Ärztinnen und Ärzten und spezialisierten Pflegekräften ausgestattet sein. Aus Optik der Patienten müsste ein Zugang zu einem Netzwerk bereits bei Verdacht auf eine spezifische Erkrankung möglich sein und nicht erst bei einer definitiven Diagnose. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass bei chronischen, seltenen Erkrankungen betroffene Kinder und Jugendliche mit ihren Familien bereits heute weite Strecken zu ihren Spezialisten zurücklegen. Diese Spezialisten wiederum arbeiten so gut und so weit als möglich mit Fachpersonen vor Ort zusammen, um die Therapien parallel zum Familienalltag möglich zu machen. Neue administrative Konstrukte könnten den Familien weitere Flexibilität nehmen.
AllKidS	**Programme der Patientenversorgung: Ablehnung** Grundsätzlich sind Programme der Patientenversorgung dafür geeignet die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und die Allianz Kinderspitäler der Schweiz befürwortet solche Massnahmen. Die Delegation von Leistungen ohne individuelle ärztliche Anordnung birgt jedoch

	relevante Risiken in Bezug auf die korrekte Indikationsstellung, das Erkennen von Kontraindikationen aufgrund fehlender Fachkenntnis und bezüglich Komplikationen. Neben diesen möglichen nachteiligen Effekten für die Patienten entstünden unnötige Mehrkosten für das Gesundheitswesen, welche die vermeintlichen Einsparungen zunichtemachen.
AllKidS	**Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung: Annahme mi Vorbehalt** Die Idee hinter diesem neuen Gesetzesabsatz besteht darin, dass der Bundesrat die Prüfung nach WZW-Kriterien festlegen bzw. die Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung definieren kann. Das mag aus einer reinen Kostenmanagement-Optik sinnvoll sein. Auf der anderen Seite kann diese neue Regelung auch der Durchsetzung des Kostengünstigkeitsprinzips Vorschub leisten. Dadurch besteht das Risiko, dass die Wirtschaftlichkeit im WZW-Dreiklang gegenüber der Zweckmässigkeit und Wirksamkeit überproportional gewichtet wird. Da die Betonung der Wirtschaftlichkeit in der spezialisierten KJM – und hier ganz besonders im Bereich von chronischen und seltenen Krankheiten – problematisch ist und langfristige negative Folgen haben kann, ist dafür zu sorgen, dass im Fall von neuartigen und komplexen Therapien die spezialisierten medizinischen Fachkräfte bei der Beurteilung von Zweckmässigkeit und Wirksamkeit hinzugezogen werden.
AllKidS	**Preismodelle und Rückerstattungen: Annahme** Kinder und Jugendliche, insbesondere solche mit chronischen und seltenen Krankheiten sollen innovativen Medikamente und Therapie so schnell wie möglich nutzen können. Es ist deshalb sinnvoll, Innovationen vom Moment ihrer Marktzulassung durch Swissmedic zugänglich zu machen. Die Einführung neuer Preismodelle ist ein Mittel, um dieses Ziel zu erreichen. In die gleiche Richtung wirkt die Geheimhaltung von Rückerstattungen. AllKidS unterstützt deshalb grundsätzlich die vom Bundesrat vorgeschlagenen gesetzlichen Anpassungen in diesem Bereich.
AllKidS	**Elektronische Rechnungsübermittlung** Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz hat zu dieser Massnahme keine spezifischen Kommentare.
AllKidsS	**Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen** Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz hat zu dieser Massnahme keine spezifischen Kommentare.
AllKidS	**Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl** Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz hat zu dieser Massnahme keine spezifischen Kommentare.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**

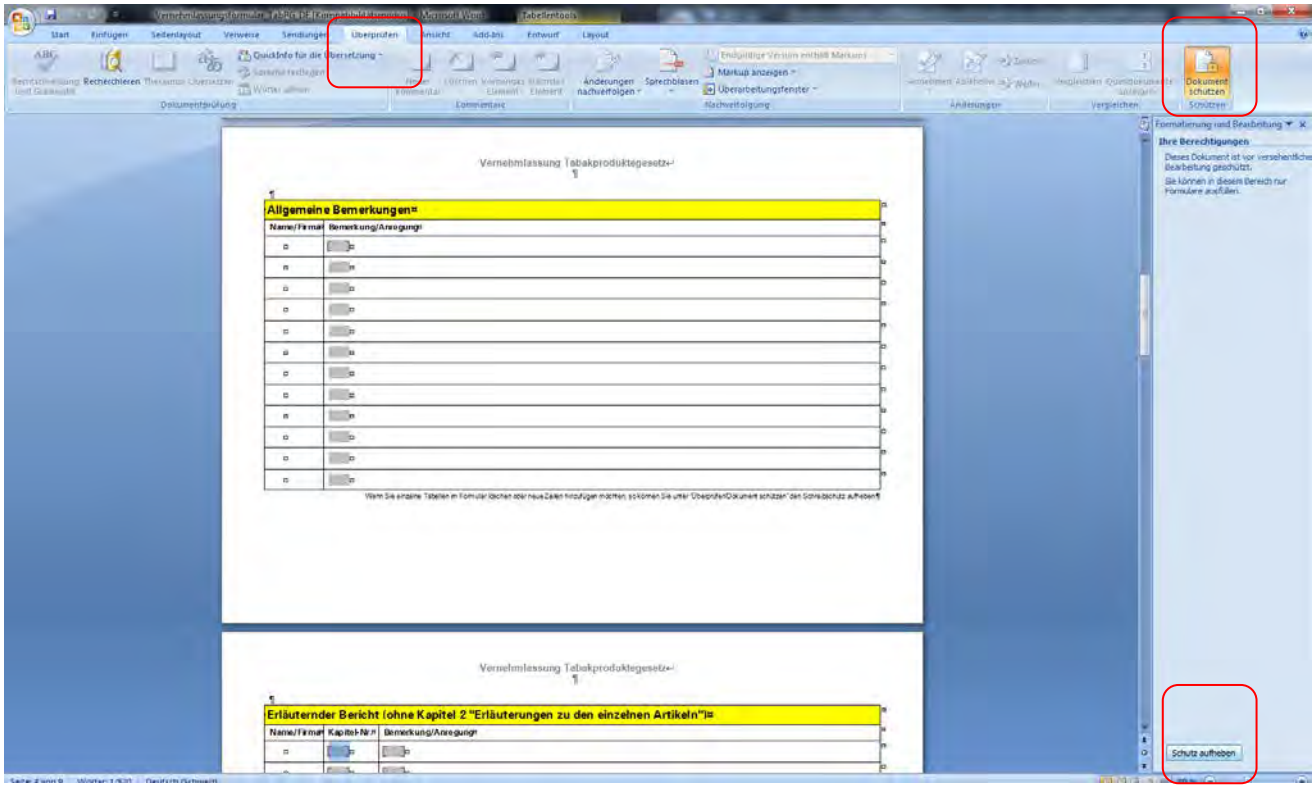
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

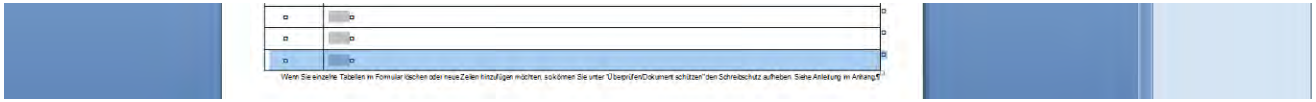
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



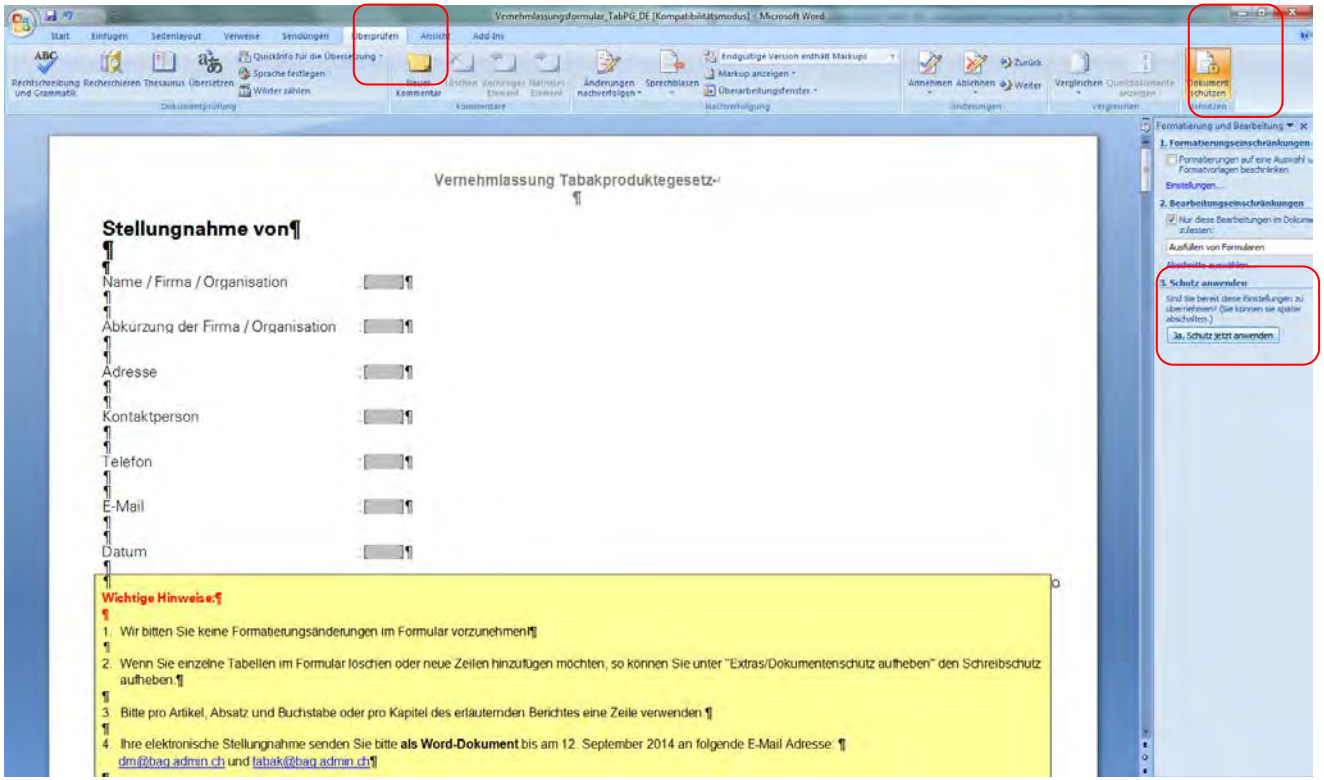
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2)
procedura di consultazione

Parere di

Cognome / Ditta / Organizzazione : Associazione Logopedisti della Svizzera Italiana

Sigla della ditta / dell'organizzazione : ALOSI

Indirizzo : Via Campo Sportivo 58, 6834 Morbio Inferiore

Persona di contatto : Nynke Zittema

N° di telefono : 076 329 31 39

E-mail : presidente@alosi.ch

Data : 18.11.2020

Osservazioni importanti:

1. Non modificare la formattazione del formulario, ma compilare soltanto gli appositi campi in grigio.

2. Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

3. Utilizzare una sola riga per ogni articolo, capoverso, lettera o capitolo del rapporto esplicativo.

4. I pareri devono essere inviati in forma elettronica, **come documento Word**, al più tardi entro il **19 novembre 2020** ai seguenti indirizzi: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. La colonna «Cognome / Ditta» non deve essere compilata.

Grazie per la cortese collaborazione!

Indice analitico

Osservazioni generali relative al progetto di revisione e al rapporto esplicativo 3

Osservazioni sui singoli articoli dalla revisione e spiegazioni relative ad essi 4

Ulteriori proposte 7

Allegato: Istruzioni per l'aggiunta di righe supplementari: 8

Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2) procedura di consultazione

Osservazioni generali relative al progetto di revisione e al rapporto esplicativo	
Cognome/ditta	**Commento/suggerimento**
ALOSI	**Modifica di altri atti normativi: legge federale sull'assicurazione per l'invalidità** I logopedisti/ le logopediste appartengono chiaramente al gruppo di persone che forniscono servizi/prestazioni su ordine di un medico. Art. 14. Cpv. 1a, contraddice l'Art. 14, Cpv. 3! Il Cpv. 3 deve quindi essere eliminato. Non è possibile che un gruppo professionale venga escluso in maniera ingiustificata.

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2) procedura di consultazione

Osservazioni sui singoli articoli dalla revisione e spiegazioni relative ad essi					
Cognome/ditta	**art.**	**cpv.**	**lett.**	**Commento/suggerimento**	**Proposta di modifica (testo proposto)**
ALOSI	14	3		Art. 14, Cpv. 1a, 3. Contraddice l'Art.14, Cpv.3	Eliminare l'Art. 14, Cpv. 3 ~~L'assicurazione non assume le spese per i provvedimenti logopedici~~

Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2)
procedura di consultazione

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

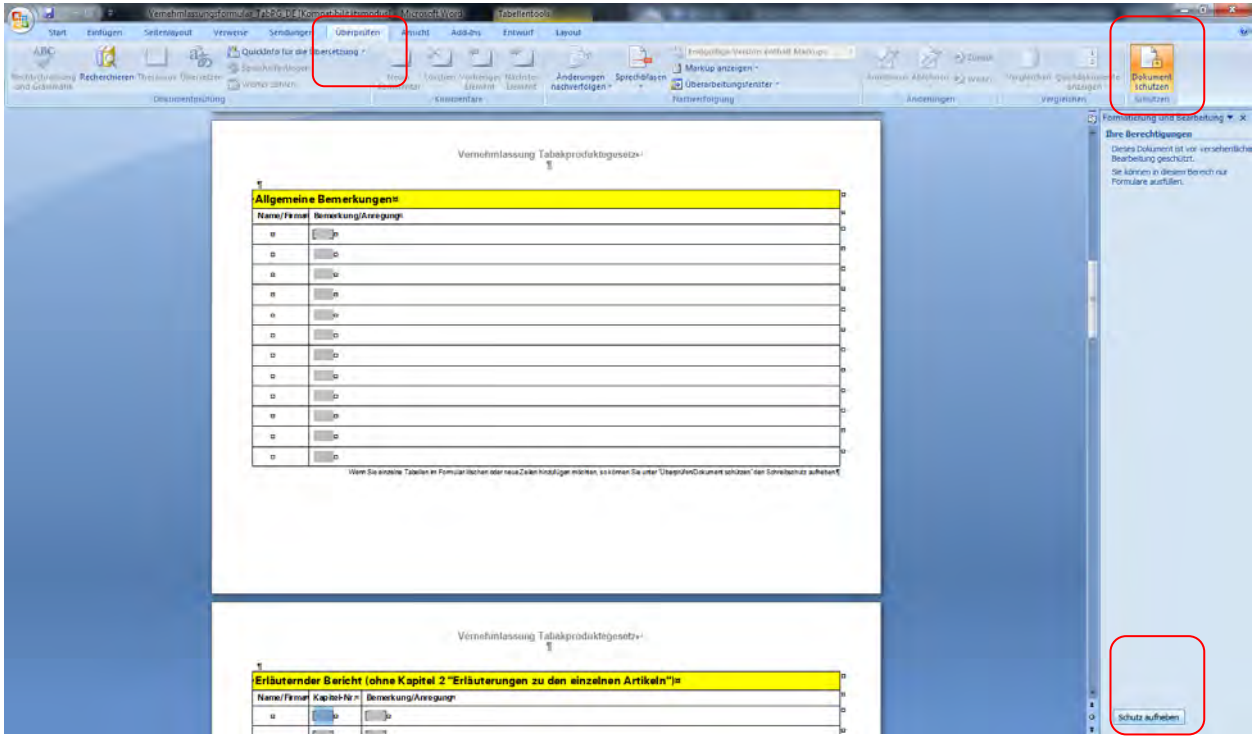
Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2)
procedura di consultazione

Ulteriore proposte			
Cognome/ditta	**Art., cpv., lett.**	**Commento/suggerimento**	**Proposta (testo proposto)**

Allegato: Istruzioni per l'aggiunta di righe supplementari:

1. Rimuovere la protezione del documento
2. Inserire le righe con Copia e Incolla
3. Ripristinare la protezione del documento

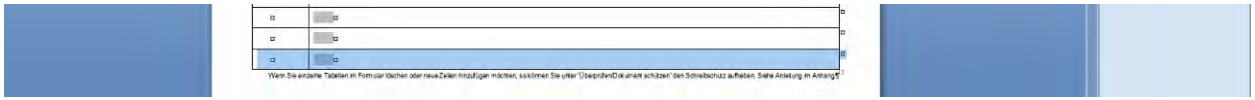
1 Rimuovere la protezione del documento



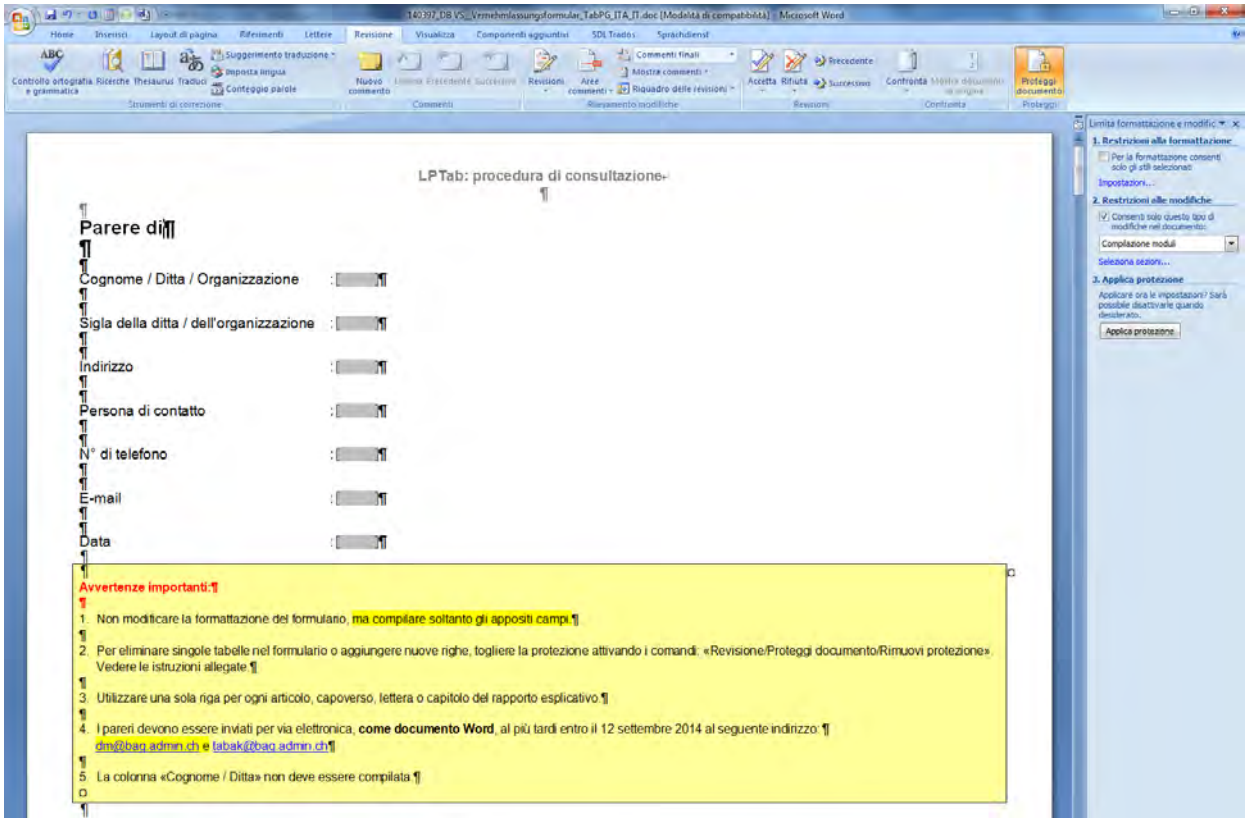
Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2) procedura di consultazione

2 Inserire le righe

Selezionare l'intera riga con i campi in grigio vuoti (lo sfondo della riga diventa azzurro)
Control-C per copiare
Control-V per incollare



3 Ripristinare la protezione del documento



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Argomed Ärzte AG

Abkürzung der Firma / Organisation : Argomed

Adresse : Bahnhofstrasse 24, 5600 Lenzburg

Kontaktperson : Enrico Spycher

Telefon : 056 483 03 33

E-Mail : enrico.spycher@argomed.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 15

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 17

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Allgemein Die Argomed Ärzte AG vereinigt seit der Gründung 1998 Hausärztinnen und Hausärzte zu einer starken Gemeinschaft. Die Mitglieder der Argomed profitieren vom fachlichen und kollegialen Austausch, vom gemeinsamen Qualitätsengagement sowie von der Nutzung vielfältiger Synergien durch überregionale Vernetzung. Unsere Ärztinnen und Ärzte sind Mitglied in einem Ärztenetz und verpflichten sich, Patienten, die im Hausarztmodell versichert sind, gemäss vertraglich vereinbartem Prozess zu betreuen und verbindliche Qualitätsziele umzusetzen. Im Fokus steht dabei die Umsetzung des Hausarztmodells, das heisst, die hausärztlich koordinierte Versorgung über den gesamten Behandlungspfad eines Patienten in vertraglicher Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern. Das Hausarztmodell basiert auf verbindlichen Zielen, einer Budgetmitverantwortung sowie einer hohen Qualität der medizinischen Versorgung und geht damit weit über ein reines Gatekeeping hinaus. Mit Erfolg, wie wir heute wissen. Dank dem Engagement der Ärzteschaft profitieren die Patienten sowohl von einer qualitativ hochwertigen Medizin als auch von Kosteneinsparungen von jährlich rund 15 Prozent. Argomed orchestriert dabei alle Belange in Bezug auf das Hausarztmodell, verhandelt mit Krankenversicherern und setzt sich für eine medizinisch sinnvolle Weiterentwicklung bestehender Modelle ein. Wir erarbeiten und bündeln dafür notwendiges Wissen zu Praxis- und Qualitätsprozessen sowie zu Lösungen auf elektronischer Ebene. Wir setzen auf starke Partner und nutzen gezielt unser grosses Netzwerk, welches effizient, nachhaltig und politisch schlagkräftig ist – zum Vorteil von Patienten und Hausärzten und damit der Gesellschaft. Optimale statt maximale Medizin – Die hausärztlich koordinierte Versorgung steht für Individualität, Interprofessionalität und «smarter medicine», das heisst optimale und nicht maximale Medizin. Insbesondere bei der Behandlung chronisch kranker Menschen kommt hierbei den Hausärztinnen und Hausärzten sowie Ihrem Praxisteam eine Schlüsselrolle zu. Die Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2, gefährden das Hausarztmodell und damit den Erfolg der letzten 20 Jahre, basierend auf Freiwilligkeit und Innovationskraft. Anstatt gesetzliche Regulatorien als allgemeinverbindlich zu erklären – dadurch leidet die Identifikation, die Akzeptanz und die Innovationskraft – soll der erwiesene Erfolg der Managed-Care-Organisationen die Qualität zu steigern und dennoch Kosten zu sparen genau analysiert und auf andere Leistungserbringer adaptiert oder ausgeweitet werden.
	Einführung einer Zielvorgabe Das vorgeschlagene Modell einer Zielvorgabe basierend auf einem weitgehend dezentralen Ansatz generiert einen trägen, kaum zu koordinierenden und kontrollierenden, gewaltig aufgeblasenen Administrationsapparat. Damit die Zielvorgaben gelebt werden, müssen Sie von allen Partnern akzeptiert sein. Ansonsten wird einmal mehr ein Kampf um das grösste Kuchenstück ausgetragen werden. Die Erfahrungen zeigen, wie schwer Tarifdiskussionen geführt werden und wie aussichtslos hier zügige und dynamische Anpassungen vorgenommen werden können. Eine

	jährlich zu verhandelnde Zielvorgabe mit deutlich mehr Stellen scheint sehr optimistisch. Eine Verteilung der Verantwortungen und Kompetenzen auf möglichst viele Instanzen (Kantone) ist selten kostensparend und zielführend. Zumindest nicht ohne Einschränkung der Qualität. Die Massnahmen bei nicht erreichen der Zielvorgabe, sprich die Kürzung des Tarifs, bedeutet schlechtere Bezahlung für gleiche Leistung. Dies ist insbesondere in unserem Umfeld der Grundversorgung eine unakzeptable Massnahme. Es leisten die uns angeschlossenen Hausärzte und Hausärztinnen seit über 20 Jahren einen erheblichen, nachweisbaren Beitrag zur Kosteneinsparung. Wir haben grösste Bedenken, dass die Verteilung der Kostenblöcke politisch motiviert wird und nicht im Interesse einer kostengünstigen qualitativen Versorgung erfolgt. Je nach Besetzung der einzelnen Instanzen werden die Kostenblöcke im Interesse der Lobby auf die Leistungserbringer aufgeteilt. Der daraus entstandene Wettbewerb wir zu keiner Kostenersparnis führen. Die Ärzte sind bereits heute in Netzwerken zusammengeschlossen und funktionieren im Interesse von Zielvorgaben. Seit Jahren orientieren sich die meisten Managed-Care-Verträge zwischen Ärztenetzen und Leistungserbringern an Zielvorgaben mit Budgetwerten und einem daraus resultierenden Bonus-Malus-System. Dies auf freiwilliger Basis. Eine Verstaatlichung dieses nachweislich funktionierenden Systems kommt einem Bankrott gleich. Der Wegfall der Freiwilligkeit wird das Konkurrenzdenken wieder fördern und jeder Player wird primär für sich schauen. Stattdessen wäre es zu begrüssen, die bestehende und funktionierende Situation zu erhalten und auf andere Instanzen auszubauen. Die Grundversorger sind bis jetzt die einzigen, welche sich an Kostenbudgets orientieren und in einem Malus auf der Koordinationsleistung bei nichterreichen der Ziele beteiligen. Es wäre prüfenswert, ob andere Versorger sich diesem beispiellosen Modell anschliessen könnten und auf freiwilliger Basis im Grundgedanken von Managed Care, Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität zu steigern, eine Verbesserung der Situation gegenüber heute erbringen können. Die letzten Jahre haben zudem gezeigt, dass die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gegenüber früheren Entwicklungen eher stagniert hat. Die mit dem Massnahmenpaket I eingeleiteten Massnahmen zeigen offensichtlich Wirkung, Erfolge sind spürbar. Es ist nicht die Zeit, bereits jetzt neue Massnahmen mit unsicherem Ausgang in Bezug auf die Entwicklung von Kosten und Qualität in Betracht zu ziehen. Die bereits eingeleiteten Massnahmen sollen über einen vernünftigen Zeitraum weiter gezogen werden um deren Wirkung beurteilen zu können. Erst nach dieser Phase soll eine Analyse und allenfalls eine Korrektur angebracht oder neue Massnahmen eingeleitet werden. Alleine die 16 Ärztenetze der Argomed Ärzte AG mit rund 700 Ärzten und rund 360'000 Versicherten erzielen nachweislich eine Einsparung ihrer generierten Leistungskosten gegenüber einem Vergleichskollektiv mit OKP-Versicherten von jährlich CHF 200 Mio. Anstatt diesen Erfolg mit neuen Massnahmen zu gefährden, wäre es an der Zeit, diese seit Jahren auf freiwilliger Basis basierende Leistung zu würdigen. Mit unserer über 20-jährigen Erfahrung als Managed-Care-Organisation erster Stunde können wir Ihnen versichern, dass die Einführung einer Zielvorgabe in der angedachten Lösung nicht die gewünschten Effekte bringen wird. Die Gesundheitskosten werden als Ganzes nicht gesenkt werden können. Allenfalls sinken die Leistungs- bzw. Versorgungskosten. Dieser Effekt wird jedoch durch steigende Verwaltungskosten allemal wett gemacht. Die notwendige Akzeptanz gegenüber der Zielvorgaben wird nicht zu erreichen sein, was unweigerlich Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben wird. Wir empfehlen, die angedachte Massnahme unter Einbezug der Managed-Care-Organisationen nochmals zu überdenken. Wir haben die Erfahrung

	und Ideen, wie Sie Ihre Kostendämpfung erreichen ohne Abstriche in der Qualität hinnehmen zu müssen.
	Einführung einer Erstberatungsstelle Durch die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle sollen primär Kosten eingespart werden, so will es die vorgeschlagene Massnahme. Verhindert man den direkten Gang zum Spezialisten, so können durchaus Behandlungskosten eingespart werden. Am Telefon zu entscheiden, ob eine Behandlung notwendig ist und oder nicht, ist alles andere als leicht und erfordert Erfahrung und Verantwortung. Beides ist bereits jetzt in der Hausarztpraxis vorhanden. Der Bundesrat verweist bezüglich der erhofften Kosteneinsparung durch die obligatorischen Erstberatungsstellen auf die heutigen Hausarztmodelle. Es ist wohlbekannt und auch positiv, eine solche Anerkennung für ein funktionierendes Modell seit über 20 Jahren von Seiten der Politik zu erhalten. Die Kosteneinsparung im Hausarztmodell basiert jedoch nicht lediglich auf Verhindern von Bagatellfällen und auf «Gatekeeping». Zur Erinnerung, eine Hausarztpraxis behandelt erwiesenermassen 90% der Fälle abschliessend und ohne weitere Überweisung. Die eigentliche Kosteneinsparung, die in diesen Modellen erzielt wird, ist die jahrelange Begleitung von Patienten, das Coaching durch den Gesundheitsdschungel und schliesslich die Betreuung auf dem gesamten Behandlungspfad. Dabei spielt das Netzwerk des jeweiligen Arztes eine wichtige Rolle, durch Qualitätszirkel und CIRS kann für die hohe Verantwortung wichtiger Rat von Gleichgesinnten eingeholt werden. Ein Patient lässt sich von seinem Hausarzt beraten, betreuen und behandeln, weil er ihm vertraut und häufig eine persönliche Beziehung aufgebaut hat. Dadurch lässt sich, so kontrovers es auch klingt, gleichzeitig die Qualität steigern und Kosten einsparen. Das ist durch ein Obligatorium nicht einfach kopierbar. Was in anderen Branchen ein «Premium»-Produkt darstellt und wofür man gut und gerne auch «Premium» bezahlt, ist im Hausarztmodell tatsächlich kostengünstiger als das Standardmodell. Da die Kosteneinsparung gesetzlich verankert an die Versicherten zurückfliessen muss, profitieren Versicherte in AVM Modellen durch diese Lenkung von einer Rabattierung. Müssten sich künftig auch OKP-Versicherte mit bisher freier Wahl einschränken, so müsste auch für diejenigen Personen eine Rabattierung gelten. Das heisst, Versicherte, die bereit wären eine höhere Prämie für weniger Leistung (keine Koordination) zu entrichten, erhielten per Gesetz eine Rabattierung. In der Marktwirtschaft wäre dies eine negative Abschöpfung der Konsumentenrente was rein ökonomisch schwer zu begründen ist. Die Reduktion des Prämienvolumens hat unweigerlich Einfluss auf die Finanzierung der Krankenversicherer, welche dies wiederum auf alle Versicherten abwälzen müssten. Die Provozierung einer Prämienerhöhung für alle wäre verheerend und nicht im Sinne der angedachten Kostendämpfungsmassnahmen. Man muss sich bewusst sein, eine Erstberatungsstelle behandelt nicht, sondern leitet nur weiter. Das kann in gewissen Situationen, wie beispielsweise in der aktuellen Lage, sehr problematisch sein. Auch zeigen gewisse Vergleiche im europäischen Raum mit solchen Systemen (z.B. Spanien, Italien) klar die Grenzen dieser Vermittlung auf. Patienten benötigen primär keine Vermittlung, sondern einen Gesundheitscoach. Aktuell befinden sich bereits rund 70% der Versicherten in einem alternativen Versicherungsmodell. Durch ein Obligatorium müsste für die restlichen 30% ebenfalls eine Anlaufstelle verfügbar sein. Da die gewünschten Kosteneinsparungen nur durch gezielte Koordination auf dem Behandlungspfad erzielt werden können, kann und muss die richtige Erstberatung nur beim Hausarzt erfolgen. Bevor eine solche Verlagerung überhaupt denkbar wäre, sind die dafür notwendigen Ressourcen zu schaffen. Das bedeutet z.B. Nachwuchsförderung, Zulassungskriterien oder

	Tarifpositionen für delegierte Arbeiten (z.B. Medizinische Praxisassistentinnen- oder Koordinatorinnen, Advanced Practice Nurse etc.) zu schaffen. Eine Vergütung für die Patientensteuerung besteht innerhalb der Verträge zwischen Versicherer und Ärztenetzen bereits jetzt, jedoch geht diese weit darüber hinaus. Enthalten sind Elemente wie Behandlungskoordination, das Controlling der entstandenen Kosten, den Modellbetrieb, die Qualitätszirkel sowie die gesamte Netzarbeit. Die bestehenden Verträge zwischen Versicherer und Netzwerken ermöglichen eine laufende Erweiterung von z.B. neuen Behandlungsansätzen, Förderung von bestimmten Behandlungsrichtlinien und Programmen etc. Werden solche Vergütungen vom Gesetz her pauschal vorgegeben, wird jegliche Innovation unterbunden und die Parteien, die sich primär für eine bessere Qualität einsetzen (Hausärzte, Ärztenetze und Betriebsgesellschaften) werden ausgehebelt. Das Hausarztmodell trägt seit über 20 Jahren massgeblich zur Kosteneinsparung im Gesundheitswesen bei. Dies jedoch nicht lediglich durch Triage, sondern durch Behandlungsqualität. Durch ein Obligatorium werden keine Kosten gespart, sondern nur der Aufwand ganz zu Ungunsten der Patienten erhöht. Was benötigt wird ist nicht ein Obligatorium, das nur neue Probleme schafft anstatt bestehende zu beheben, sondern eine verstärkte Förderung für das einzige, über Jahrzehnte erfolgreiche und auf Freiwilligkeit basierende Versicherungsmodell. Die notwendigen Weichen wurden z.B. mit einem einheitlichen Finanzierungsmodell (EFAS) bereits gelegt und müssen nun nur noch eingesetzt werden.
	Stärkung der koordinierten Versorgung Die bestehenden Ärztenetze arbeiten bereits heute interdisziplinär. So sind z.B. auch Kinderärzte sowie Spezialisten im Netz selbst eingebunden und es finden gemeinsame Qualitätszirkel mit Spitalärzten, Spitex sowie weiteren Leistungserbringern statt. Auch ist auf freiwilliger Basis ein Providermanagement möglich. Eine Pflicht, die jeden Leistungserbringer zwingt, sich einem Netzwerk anzuschliessen, wäre kontraproduktiv und lässt den gemeinsamen Managed Care Gedanken zu einem Alibi Netz verkommen. Erneut gilt, weshalb sollen Strukturen, die seit über 20 Jahren funktionieren, untergraben werden? Die Netzwerke entwickeln sich primär selbst anhand eines gemeinsamen Zwecks resp. Ziels. So ist z.B. ein Netzwerk, das primär aus im Eigentum befindenden Praxen besteht, sehr viel anders strukturiert als ein regionales Netzwerk, welches primär die Leistungserbringer in einem Zusammenschluss als Vertragspartner gegenüber den Krankenversicherer vereint. Eine zentrale Abrechnung für Hausärzte, Spezialisten sowie weitere Leistungserbringer einzuführen ist bereits heute in Grosspraxen möglich. Dies für Ärztenetze zwingend zu erklären, gefährdet die gesamte Versorgungslandschaft. In einer Praxiskette mit mehreren Standorten gibt es gewisse Standards, selbe Anstellungsbedingungen, vorgeschriebene Provider sowie eine einheitliches Abrechnungssystem. In einem regionalen Ärztenetzwerk mit rund 50 Ärzten, die ihre Praxisstandorte auf rund einem Viertel der Kantonsfläche verteilt haben, ist dies schlichtweg undenkbar. Diese Praxen sind eigenständige Organisationen mit selbständig erwerbenden Ärzten. Die Abrechnung mit unterschiedlichen Praxissoftwaresystemen sowie unterschiedlicher Organisationsstruktur zu vereinheitlichen ist von einem Ärztenetzwerk nicht umsetzbar. Die Verschiebung der Verantwortlichkeit an sogenannte «neue» Netze, die bis heute nicht dafür vorgesehen waren, weder das Know-How darüber verfügen noch dafür ausgebildetes Personal beschäftigen, ist in keiner Weise sinnvoll.

Kommentiert [MG-AÄA1]: verstehe Inhalt dieses Satzes nicht. Komische Formulierung

	Auch hier erachten wir es als unzweckmässig, zu regulieren, was rein marktwirtschaftlich seit Jahrzenten bewährt ist und funktioniert.
	Förderung von Programmen der Patientenversorgung Auch hier leisten die Managed-Care-Organisationen seit Jahren einen konstruktiven Beitrag, welchem leider immer wieder viel zu wenig Beachtung geschenkt wird. Die Grundidee von Managed Care ist die koordinierte Patientenversorgung in einer strukturierten, ärztlich geleiteten Umgebung unter verschiedenen Leistungserbringern über den gesamten Betreuungsprozess hinweg. Dadurch geschieht bei den Patienten im Hausarztmodell nachweislich auch eine Senkung der Gesamtbehandlungskosten durch Vermeidung von Komplikationen, Spitalaufenthalten und Folgeschäden. Seit Jahren entwickeln wir zusammen mit unseren Ärztenetzen neue Lösungsansätze mit erheblichem Einsparpotenzial. Beispielsweise in der Behandlung von Diabetikern, in der Qualität und Sicherheit der Medikation, in der Diagnostik für Patienten mit Herzrhythmusstörungen, im Einbezug von Advanced Practice Nurses oder Sozialarbeitern in der Hausarztpraxis etc. All diese Bemühungen orientieren sich an den Grundsätzen von Managed-Care im Sinne einer koordinierten Versorgung mit dem Hausarzt als Koordinator und Mitglied eines Netzwerks mit dem Ziel zur Steigerung der Versorgungsqualität und Optimierung der Kosten. Leider scheitern diese Projekte oft an der Finanzierung. Von daher würden wir eine Verankerung solcher Programme im KVG auf jeden Fall begrüssen. Auch hier wäre zu empfehlen, dass in der Ausgestaltung der Details zu den Programmen der Patientenversorgung die langjährige Erfahrung der Managed-Care-Organisationen einbezogen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	35	2	o	Eine Würdigung der Netzwerke ist zwar lobenswert, jedoch ist keine gesetzliche Verankerung als Leistungserbringer notwendig. Die auf Freiwilligkeit basierenden Netzwerke sind ein Zusammenschluss gleichgesinnter Ärzte in verschiedenen Qualitätszirkeln. Gerade diese Freiwilligkeit lässt die Netze einerseits innovativ und dynamisch agieren. Verkommen Netzwerke zu einer Alibi-Plattform, nur weil es das Gesetz vorschreibt, geht jeglicher gemeinsame Managed Care Gedanke verloren. Auf der anderen Seite reguliert sich der Markt bereits selbst, denn ohne ein Netzwerk sind heute praktisch keine Verträge mit Versicherungen mehr machbar. Ärzte schliessen sich somit wohlüberlegt, gezielt und freiwillig einem Netzwerk an. Die Zulassung von mehreren Leistungserbringern, die gegenüber der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen dürfen, kann durchaus zum entgegengesetzten Ergebnis der angedachten Massnahme führen. Hierbei ist es zentral, dass die Netzwerke hausarztzentriert geführt werden.	
	36b	1/2/3		Ohne Bekanntgabe, welche Voraussetzungen ein Netzwerk zu erfüllen hat, ist eine konkrete Stellungnahme nicht möglich.	Ersatzlos streichen
	40a	1		Wir unterstützen und befürworten Modelle, die eine hausärztliche koordinierte Versorgung als zentrales Element beinhalten. Wir sind der Ansicht, der Hausarzt ist die einzige Instanz, die eine effektive Koordination auf dem gesamten Behandlungsweg überhaupt wahrnehmen kann. Auch ist das verbindliche Hausarztmodell seit über 20 Jahren erfolgreich am Markt und das	Ersatzlos streichen Im Gegenzug die bereits vorhandenen verbindlichen Hausarztmodelle fördern.

				einzige Modell, welches auch über diesen grossen Zeithorizont nachweislich eine Kosteneinsparung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung erbringt. Die vorgeschlagene, verpflichtend zu wählende Erstberatungsstelle ist jedoch nicht dafür ausgelegt, diese Koordinationsaufgabe zu übernehmen. Die Erstberatungsstelle dient lediglich als Auffangeinrichtung ohne fortführende Koordination und entspricht nicht der Idee von Managed Care. Es ist aus unserer Sicht unsinnig, dieses seit über 20 Jahren erfolgreiche Modell teilweise zu kopieren und verpflichtend zu erklären, den eigentlichen Nutzen, die Koordination, jedoch auszuklammern. Wir würden hingegen eine verstärkte Unterstützung des Modells sehr begrüssen, sei dies zum Beispiel durch eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS), welche Fehlanreizen im System sowie damit zusammenhängende Kostensteigerungen entgegenwirken könnte.	
	40a	2		Was in diesem Abschnitt klar fehlt, ist die Koordination, die wiederum nur unter Federführung eines Hausarztes effektiv erfolgen kann. Die Punkte a-c sind bereits heute im Hausarztmodell enthalten, darüber hinaus erfolgt wie erwähnt zusätzlich die Koordination.	Ersatzlos streichen
	40a	3		In Verbindung mit der bereits erwähnten zwingend notwendigen Koordinationsaufgabe einer Medizinischen Erstberatungsstelle, erachten wir es als notwendig, dass diese Funktion von Ärzten übernommen wird. Eine Telemedizinische Einrichtung kennt weder den Patienten persönlich, noch seine Krankengeschichte, noch werden Koordinationsaufgaben übernommen. Telemedizinische Modelle sind nicht geeignet für eine wachsende Anzahl an chronisch erkrankten Personen. Dies gilt es bei einem	Ersatzlos streichen

				Obligatorium einer Erstberatungsstelle dringend zu beachten.	
	40a	4/5/6/7		Das Führen einer Liste, die Wahl sowie Mutationen sind Prozesse, die bereits effizient im verbindlichen Hausarztmodell geregelt sind. Eine Verpflichtung und Delegation z.Hd. der Kantone ist nicht sinnvoll und führt lediglich zu einem Zusatzaufwand.	Ersatzlos streichen
	40b	2		Die Notfalldefinition ist gerade retrospektiv nicht einheitlich regelbar.	
	40		c	Pauschalen sind bereits jetzt in ähnlicher Form in bestehenden Managed Care Verträgen üblich. Hier wird jedoch sehr viel mehr als rein die Zurverfügungstellung des Arztes vergütet. Ein erheblicher Teil kommt der Qualitätssicherstellung und Förderung in z.B. regelmässig stattfindenden Qualitätszirkeln zu.	
	40		d	Dem eigentlichen Koordinationsgedanken wie er z.B. im Hausarztmodell gelebt wird, wird hier keine Rechnung getragen. Bei freier Wahl des Spezialisten nur durch den Patienten geht der wichtige Aspekt der Koordination verloren. Ein Hausarzt wählt einen Spezialisten sorgfältig und gemeinsam mit dem Patienten aus und koordiniert bei Bedarf eine weitere Überweisung.	
	48		a	Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den motivierenden und innovativen Freiheiten (Wettbewerb) der Vertragspartner, Verträge individuell zwischen Netzwerken und Versicherungen abzuschliessen. Diese Verträge enthalten bereits heute Pauschalen zur Entschädigung der Netzwerke, welche nicht nur für die Koordinationsleistung, sondern auch zur Qualitätsentwicklung eingesetzt werden. Dies neu regulatorisch den Tarifpartnern zu übertragen ist nicht sinnvoll. Dadurch werden Möglichkeiten heutiger erfolgreicher Netzwerke in deren	Ersatzlos streichen

				Kernelementen Innovation und Flexibilität verhindert.	
	54			Die Vorstellung, dass Zielvorgaben ohne Auswirkungen auf die Versorgung und die Leistungen eingehalten werden können, ist unrealistisch. Die Sanktionierungen bei nicht erreichen der Zielvorgaben führen unmittelbar zu Kürzungen der Taxpunktwerte. Und zu diesen wird es unweigerlich kommen, da die reine Einführung von Zielvorgaben nichts am laufenden System ändert. Die Einführung von Zielvorgaben ist eigentlich keine Massnahme, es ist lediglich ein Eingriff in die Grösse der Kuchenstücke die verteilt werden. Folglich wird sich ein Wettbewerb entwickeln der nicht im Sinne der Versorgungsqualität sein kann. Sollte zum Beispiel in einem Kanton der Taxpunktwert gesenkt oder der Kostenblock für die Grundversorgung reduziert werden, kann es unweigerlich dazu führen, dass dieser Beruf für junge Hausärztinnen und Hausärzte weniger attraktiv wird. Wenn die Patienten dann aufgrund des sinkenden Angebotes auf dem Notfall landen, hat dies definitiv keine positiven Auswirkungen auf die Kostenentwicklung. Dies wäre ein Affront gegen die Bemühungen zur Stärkung der Hausarztmedizin der letzten Jahre. Obwohl die Massnahme mit Zielvorgabe formuliert ist, kommt unweigerlich der Gedanke an ein Globalbudget. Dass solche Globalbudgets – oder wie hier formuliert Zielvorgaben – negative Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten hat, lässt sich im Ausland beobachten. Dennoch steigen nach unseren Erkenntnissen die Kosten bspw. in Deutschland in vergleichbarem Masse wie in der Schweiz. Es ist nicht der richtige Ansatz für eine gesetzliche Verankerung. Thematisieren Sie die Kostendämpfung mit den Managed-Care-Organisationen die sich seit Jahr und Tag mit diesem Thema befassen und es schaffen, Kosten zu senken und dennoch die	Ersatzlos streichen

Kommentiert [MG-AÄA2]: Wiederholung. kam so bereits weider oben vor. Allenfalls Textbaustein von weiter oben übernehmen oder verweisen.

				Qualität zu steigern.	
	54		a	Die Bemerkungen unter Artikel 54 gelten im Grundsatz auch für die weiteren Artikel 54 lit. a-e. Eine gruppierte Regulierung bzw. Betrachtung der Leistungsbereiche nach Kostenblöcken macht grundsätzlich Sinn und ist zu begrüssen. Für eine gesetzliche Verankerung im Rahmen dieser Überarbeitung des KVG ist es jedoch zu früh. Bereits heute ist bekannt, dass die Kostenentwicklungen in den einzelnen Sparten sehr unterschiedlich sind. Insbesondere die Hausarztmedizin trägt seit Jahren einen massgeblichen Beitrag zur Kostendämpfung bei. Hausarztbasierte Gesundheitssysteme sind nachweislich kostengünstiger als andere. Demnach wäre zu prüfen, wie andere Kostenblöcke von den Erfahrungen der Managed-Care-Bewegung optimiert werden könnten. Zudem betrachten wir die geplanten Massnahmen im Widerspruch zum geltenden Tarifsystem für den ambulanten Bereich. Weiter betrachten wir es als schier unmöglich, bei allen Instanzen die systemrelevante Akzeptanz erreichen zu können, wenn ein derart komplexes Regulatorium eingeführt wird. Ist doch zu bedenken, dass es Bund und Kantone innerhalb der letzten 10 Jahre nicht geschafft haben, trotz umfassender Datenlage, den Taxpunktwert der Preisentwicklung anzupassen. Da erscheint eine jährliche Einschätzung der Kostenentwicklung unter Berücksichtigung aller Faktoren recht sportlich.	Ersatzlos streichen
	54		b	Die Bemerkungen unter Artikel 54 und 54a gelten im Grundsatz auch für die weiteren Artikel 54 lit. b-e.	Ersatzlos streichen

				Die Kompetenz der Kantone motiviert bzw. ermöglicht ein Wettbewerb der Kantone. Je nach Situation, Bedürfnissen und Lobby können die Kantone die Kostenblöcke individuell gestalten. Heisst konkret, dass die gleiche Leistung eines Hausarztes von Kanton zu Kanton unterschiedlich abgegolten wird. Dies ist unbedingt zu vermeiden. Die Regionen sind insbesondere in der Grundversorgung aufgrund übriger nicht beeinflussbarer Faktoren einem Wettbewerb ausgesetzt. Da braucht es nicht noch eine uneinheitliche Tarifierung. Dies wird neue unlösbare Probleme mit sich bringen.	
	54		c	Die Bemerkungen unter Artikel 54, 54a und 54b gelten im Grundsatz auch für die weiteren Artikel 54 lit. c-e. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist die Festlegung von Kostenzielen für uns der falsche Ansatz. Ein Tarifeingriff auf diese Weise ist zu verhindern. Die Entscheidungsgrundlage bilden nicht betriebswirtschaftliche objektive Daten, sondern einzig die vorgegebenen Kostenziele. Damit wird die Leistung nicht fair entschädigt was unweigerlich Auswirkungen auf die Qualität hat. Dies dürfte mittel- bis langfristig gesehen das mögliche Einsparpotenzial durch Folgekosten bei weitem kompensieren.	Ersatzlos streichen
	54		d	Die Bemerkungen unter Artikel 54 und 54a-54c gelten im Grundsatz auch für die weiteren Artikel 54 lit. d und e. Die Massnahmen sind einseitig und zielen einzig auf die Tarife. Andere mögliche Massnahmen wie die Steuerung der Nachfrage oder des Angebotes wie bspw. Spitalschliessungen, Limitation von Untersuchungen und Eingriffen oder Streichungen im Leistungskatalog werden ausser Betracht gelassen. Die Tarifpartner haben mit Tardoc ein neues Tarifmodell eingereicht. Der Bundesrat präsentiert hier Massnahmen, bevor er Tardoc geprüft hat. Tardoc enthält ebenfalls verbindliche	Ersatzlos streichen

				Korrekturmechanismen, und zwar korrekterweise gegen oben und gegen unten. Ein Tarifeingriff führt unweigerlich zu sinkender Akzeptanz und widerspricht dem Gebot, dass die Tarife betriebswirtschaftlich korrekt festgesetzt werden. Es wird zu einer kantonal differenzierten Entschädigung gleicher Leistungen kommen. Sind die Kostendämpfungsmassnahmen nicht erfolgreich, wird zudem durch ein Tarifeingriff die gleiche Leistung immer schlechter entschädigt. Das ist der falsche Ansatz.	
	54		e	Da wir von der Einführung von Zielvorgaben abraten, braucht es auch keine Kommission. Die Tarifpartner können sachgerechte Korrekturen im ambulanten Tarif verhandeln. Diese haben dem Bundesrat zudem bereits Tardoc mit verhandelten Korrekturmechanismen vorgelegt.	Ersatzlos streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

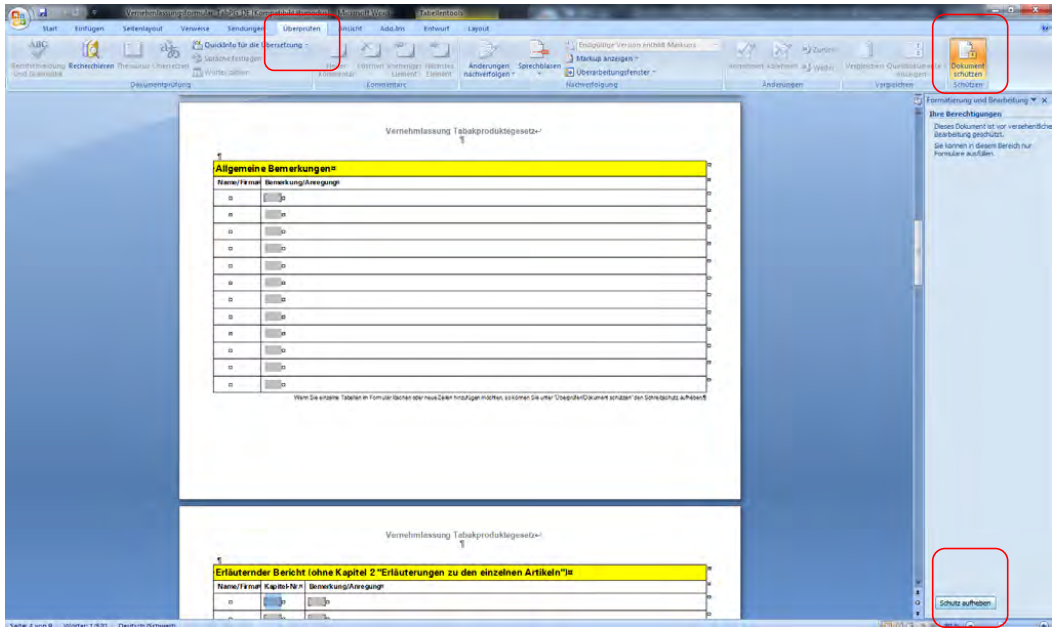
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
	Alle	In der Managed-Care-Bewegung ist grosser Widerstand gegen die Vorlage zu spüren. Sie gefährdet den Erfolg der über 20jährigen Erfolgsgeschichte koordinierter Versorgung mit der Aussicht auf eine kurzfristige Kontrolle der Kostenentwicklung. Die geplanten bundesrätlichen Massnahmen zur Kostensenkung, insbesondere die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle, gefährdet das auf Freiwilligkeit beruhende und bisher äussert erfolgreiche Hausarztmodell. Der Qualitätsaspekt, in den bisherig gemeinsam vereinbarten Verträgen, wird durch den Fokus auf reine Kostenreduktion torpediert. Unsere Erfahrungen zeigen, dass eine verbindliche und freiwillige Vereinbarung zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer im Rahmen der alternativen Versicherungsmodelle ein Erfolg ist. Voraussetzung ist jedoch, dass die Partner in vertrauensvoller Art vernünftige und umsetzbare Ziele vereinbaren. Diese beinhalten nebst vereinbarten Kosteneinsparungen auch Qualitätsvereinbarungen, welche finanziell unterstützt werden. Die hausärztlich koordinierte Medizin (Managed Care) ist nachweislich die einzige Massnahme, welche die Kosten im Gesundheitswesen zu senken vermochte – und dies bei gleichzeitiger Steigerung der Behandlungsqualität. Heute sind über 70% der Bevölkerung in einem alternativen Versicherungsmodell versichert, aber nur 20% in einem mit verbindlicher Budget-Mitverantwortung. Genau diese Modelle mit Budget-Mitverantwortung müssen gefördert und die Patienten vermehrt	

		einbezogen werden. Differenzierte und höhere Prämienreduktion gegenüber Listenmodelle, («Schwarzfahrermodelle»), Apotheker- oder Telmed-Modelle, welche kaum echte Kosteneinsparungen gezeigt haben, würden die hausärztlich koordinierte Medizin mit ihren funktionierenden Strukturen stärken. Erfolgreiche Freiwilligkeit braucht kein Obligatorium, sondern Überzeugung und Anreize für alle Beteiligte, das fördert nachweislich die Qualität und senkt in der Folge auch Kosten. Die aktuelle politische Diskussion über Zielkosten oder Budgetdeckel werden über lange Zeit Ressourcen im ganzen System binden, Gräben zwischen den Exponenten auftun und Vertrauen verspielen, welches über Jahre aufgebaut wurde. Was es lediglich noch braucht ist die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS). Das Ziel der geplanten Kostensenkungsmassnahmen, nämlich die Prämienlast der Bürgerinnen und Bürger zu senken, wird so zur Realität. Anstatt mit der Vorlage die Fronten zu verhärten, wäre es sinnvoller, mit den Managed-Care-Organisationen an einen Tisch zu sitzen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Wir haben die Erfahrung von über 20 Jahren, wie in der medizinischen Versorgung die Qualität gesteigert und dennoch die Kosten gesenkt werden können.	

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

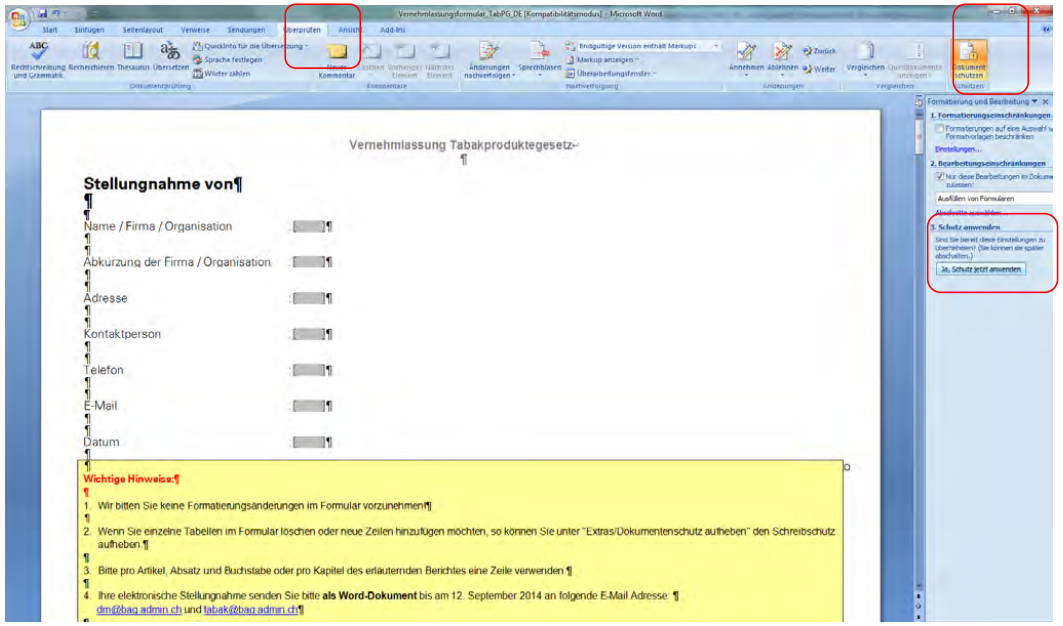


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen

3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Association romande des logopédistes

Abréviation de la société / de l'organisation : ARLD

Adresse : Pl. de la Riponne, 5, 1005 Lausanne

Personne de référence : Joëlle Pitteloud

Téléphone : 079 345 16 89

Courriel : joelle.pitteloud@arld.ch

Date : 19.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **4**

Autres propositions ____ **6**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **7**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
ARLD	**Modification d'autres actes : Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité** Il est prévu de supprimer dans la loi susmentionnée, les prestations de logopédie (art. 14, alinéa 3) ce qui constitue une erreur, voire une imprécision. Il est vrai que suite à la péréquation financière, la majorité des frais de logopédie pour les personnes âgées de **0 à 20 ans** a été transférée aux cantons. La logopédie pour les plus de 20 ans, reste cependant réglée au niveau fédéral. Ainsi les logopédistes/orthophonistes font clairement partie des personnes qui fournissent des prestations sur les prescriptions médicales, resp. sur odre du médecin. Ainsi l'article 14, paragraphe 1a, 3. contredit l'article 14, paragraphe 3. Il n'est pas possible qu'un groupe professionnel soit exclu de manière injustifiée.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
ARLD	14	3		L'article 14, paragraphe 1 bis, 3. contredit l'article 14, paragraphe 3.	Supprimer l'article 14, paragraphe 3

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

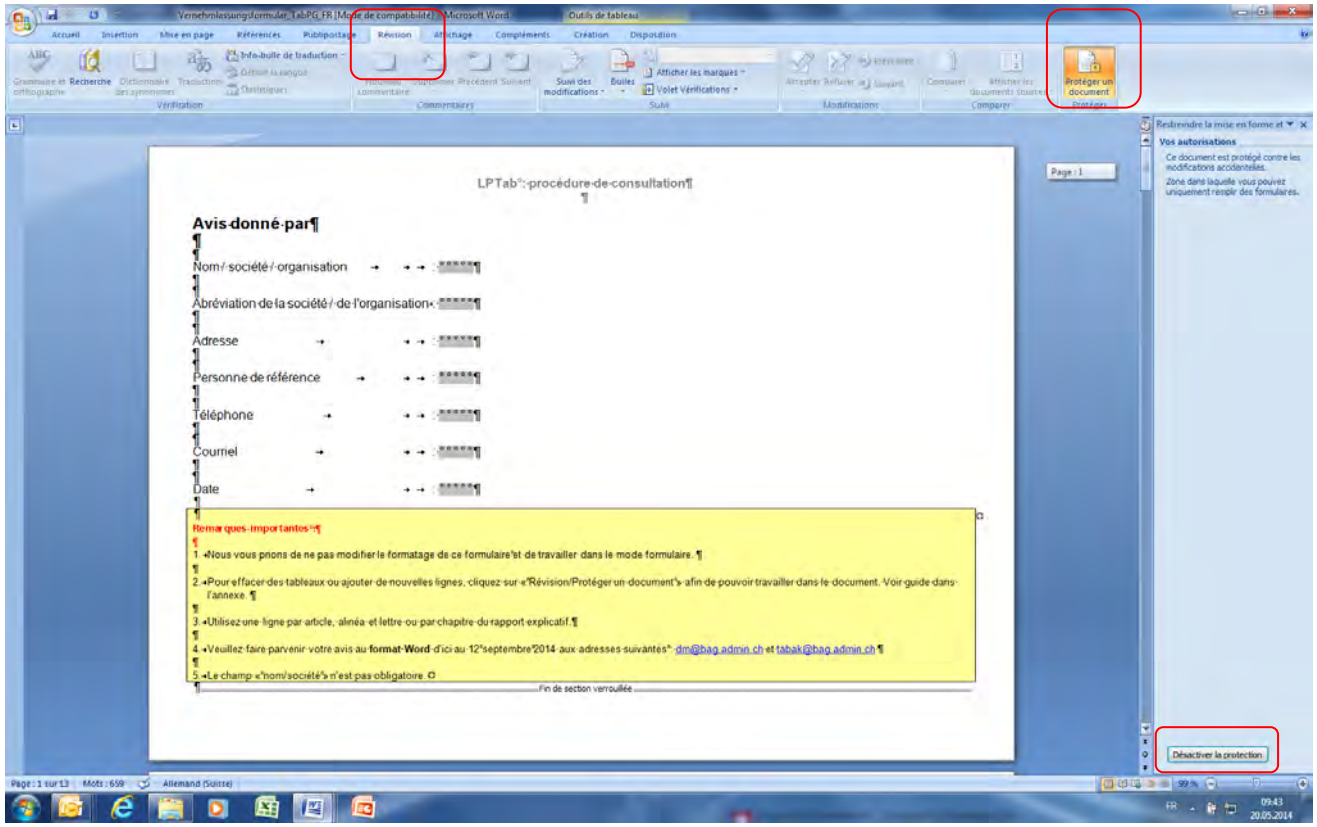
Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

1 Désactiver la protection du document

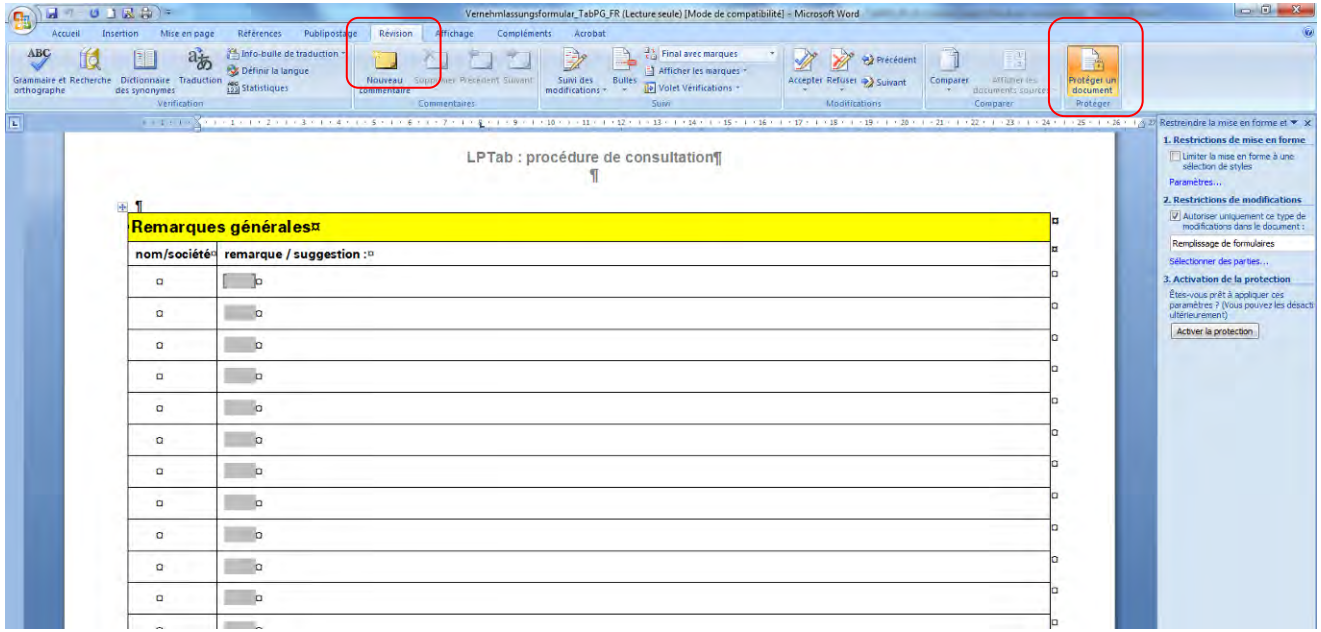


Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

2 Insérer de nouvelles lignes

Sélectionner une ligne entière incluant les champs marqués en gris (la ligne sélectionnée devient bleu)
Presser Control-C pour copier
Presser Control-V pour insérer

3 Réactiver la protection du document



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Asana Spital Leuggern AG

Abkürzung der Firma / Organisation : ASL

Adresse : Kommendeweg 12, 5316 Leuggern

Kontaktperson : René Huber

Telefon : 056 269 40 00

E-Mail : rene.huber@spitalleuggern.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ASL	Die Vorlage wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Leider ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten. Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere: ➢ Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone. ➢ Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht. ➢ Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. ➢ Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

	Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten ➢ die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden, ➢ die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel), ➢ das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden, ➢ die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden, ➢ der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft, ➢ die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert, ➢ die ambulante Versorgung gestärkt, ➢ die integrierte Versorgung gestärkt ➢ und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden. Eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung wird unterstützt, die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aber dezidiert abgelehnt. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird! Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
ASL	**Einführung von Kostenzielen** Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

	Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet. Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.» Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen. Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

	käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Fazit: Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.
ASL	**Erstberatungsstelle** Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten. **Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich:** Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen. Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

	Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen. **Definition von Beratungsstellen:** Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen). Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse. Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern. Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

	Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung. Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wird abgelehnt. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.
ASL	**Stärkung der koordinierten Versorgung** Die Stärkung der koordinierten Versorgung wird unterstützt. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden. Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.
ASL	**Fazit** Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Das Kostendämpfungspaket II wird in der vorliegenden Form abgelehnt!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ASL	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»

ASL	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme** 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
ASL	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …

ASL	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
ASL	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.

ASL	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
ASL	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
ASL	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:

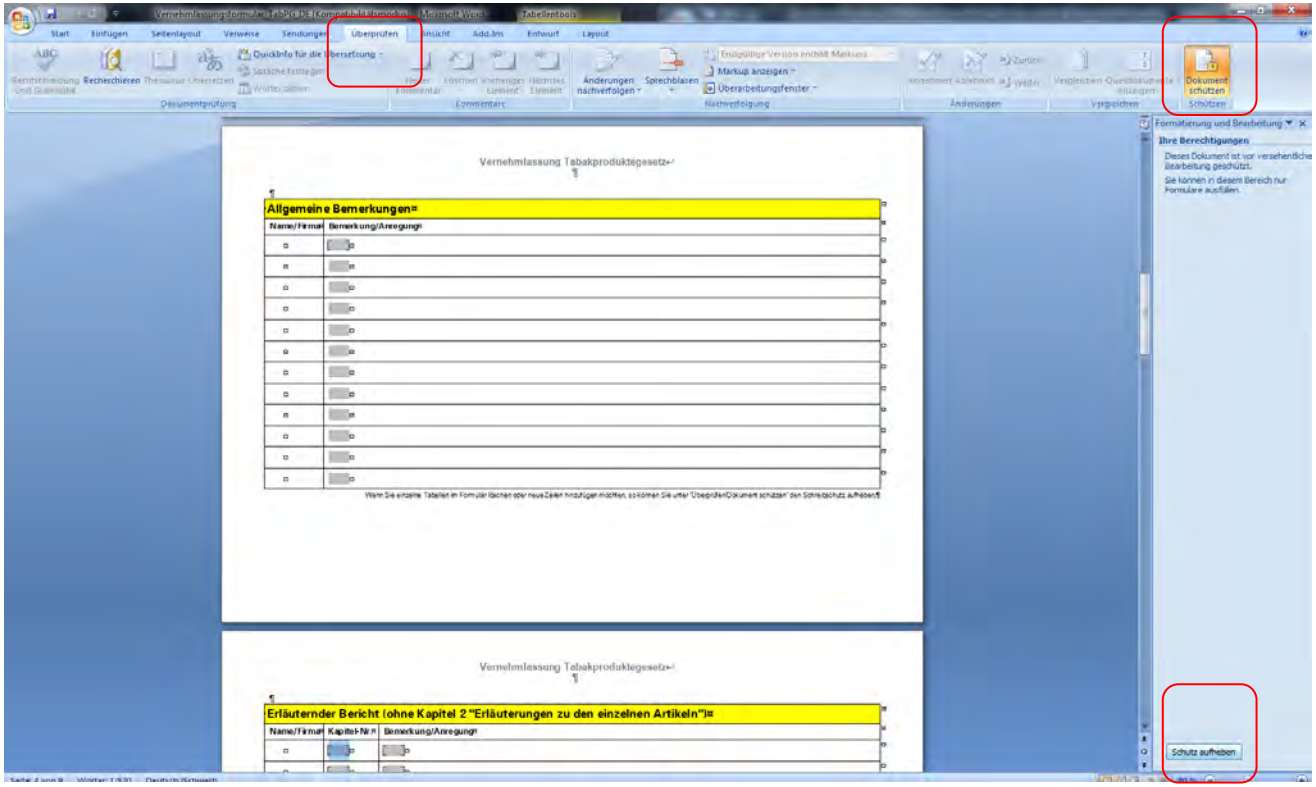
				Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen
ASL	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

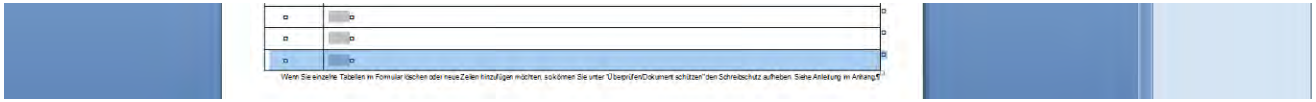
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

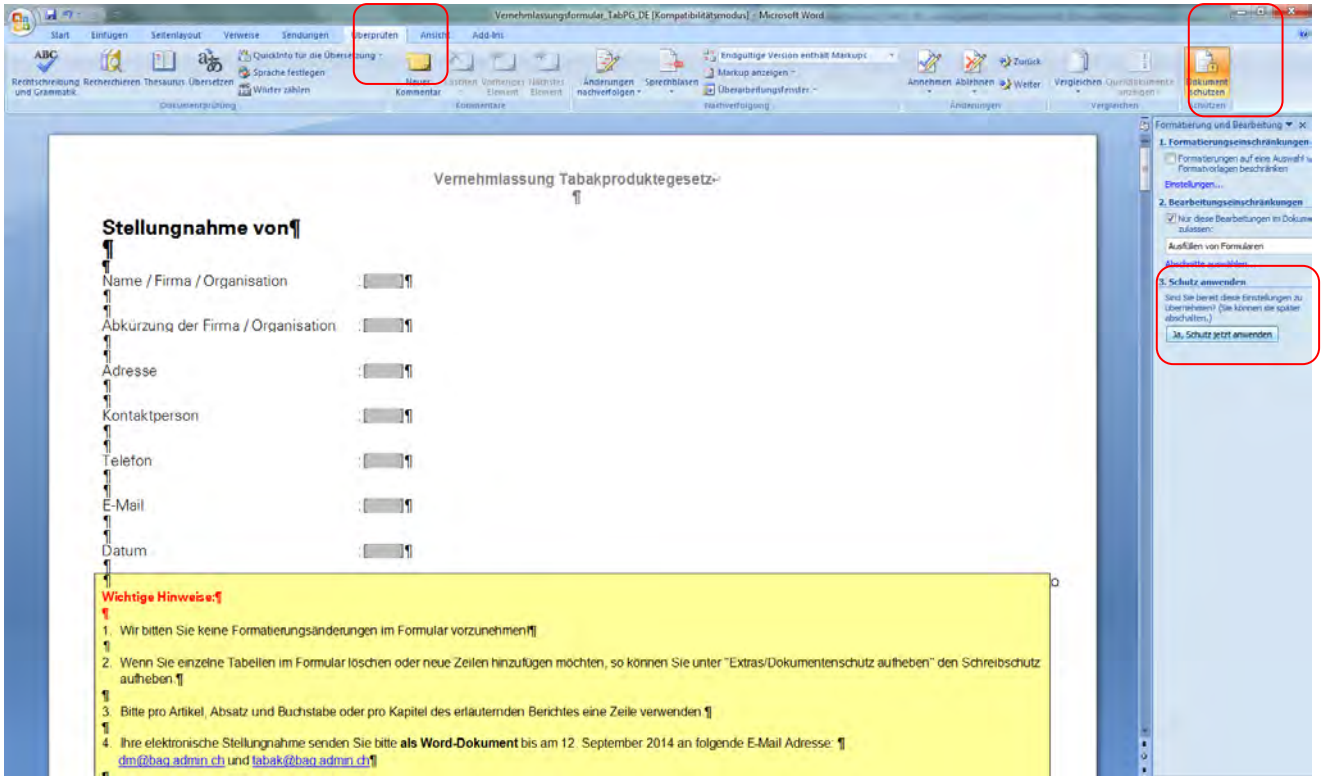


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Asana Spital Menziken AG

Abkürzung der Firma / Organisation : ASM

Adresse : Spitalstrasse 1, 5737 Menziken

Kontaktperson : Daniel Schibler

Telefon : 062 765 31 25

E-Mail : daniel.schibler@spitalmenziken.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ASM	Die Vorlage wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Leider ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten. Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere: ➢ Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone. ➢ Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht. ➢ Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. ➢ Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

	Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten ➢ die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden, ➢ die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel), ➢ das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden, ➢ die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden, ➢ der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft, ➢ die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert, ➢ die ambulante Versorgung gestärkt, ➢ die integrierte Versorgung gestärkt ➢ und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden. Eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung wird unterstützt, die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aber dezidiert abgelehnt. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird! Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
ASM	**Einführung von Kostenzielen** Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

	Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet. Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.» Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen. Das Gesundheitssystem wird überadministriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

	käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Fazit: Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale und kostendeckende Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.
ASM	**Erstberatungsstelle** Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten. **Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich:** Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen. Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

	Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen. **Definition von Beratungsstellen:** Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen). Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse. Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern. Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

	Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung. Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wird abgelehnt. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.
ASM	**Stärkung der koordinierten Versorgung** Die Stärkung der koordinierten Versorgung wird unterstützt. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden. Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.
ASM	**Fazit** Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Das Kostendämpfungspaket II wird in der vorliegenden Form abgelehnt!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ASM	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»

ASM	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme** 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
ASM	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …

ASM	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
ASM	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.

ASM	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
ASM	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
ASM	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:

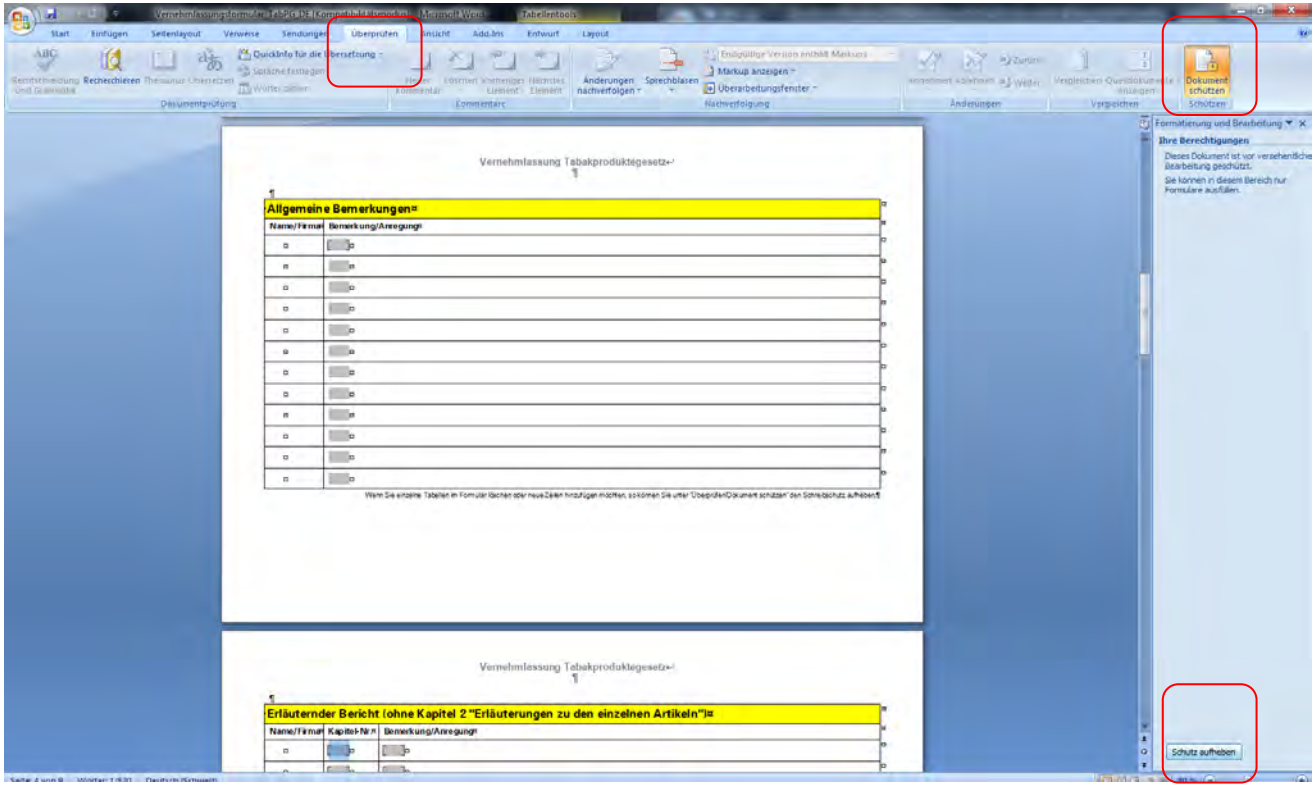
				Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen
ASM	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

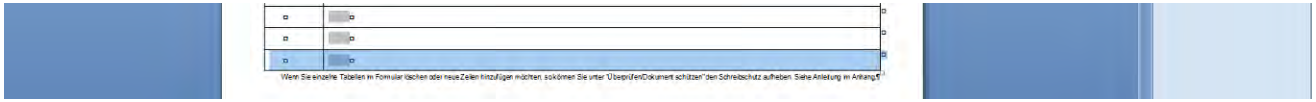
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

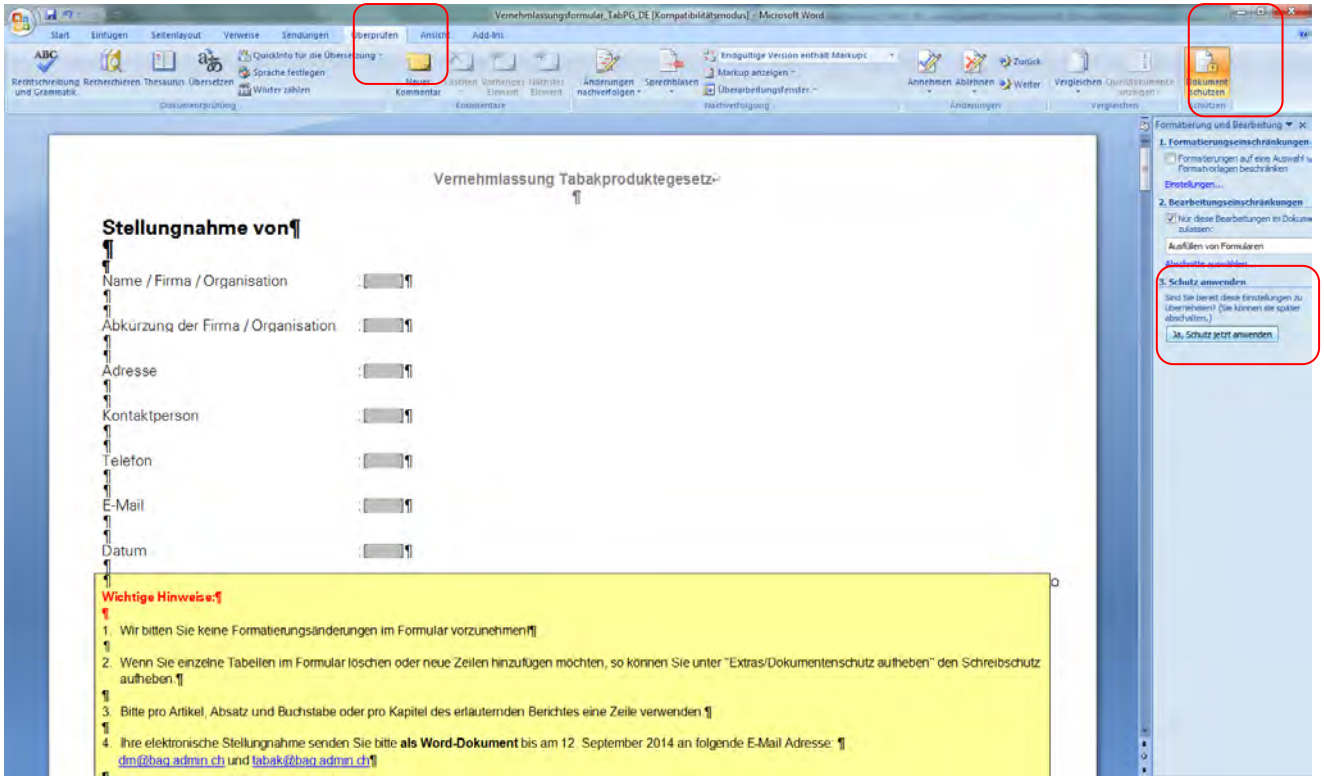


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Association Spitex privée Suisse

Abkürzung der Firma / Organisation : ASPS

Adresse : Uferweg 15, 3000 Bern 13

Kontaktperson : Marcel Durst, Geschäftsführer

Telefon : 031 370 76 73

E-Mail : marcel.durst@spitexprivee.swiss

Datum : 10.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ASPS	Die ASPS begrüsst grundsätzlich die Stossrichtung des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten zulasten der OKP einzudämmen und die Prämienbelastung für die Schweizer Bevölkerung zu mildern. Aus Sicht der ASPS gibt es noch viel Optimierungspotenzial, etwa bei überflüssigen Eingriffen, Koordinationsmängeln, Ineffizienzen und Fehlanreizen. Deshalb können wir uns mit diesem zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu grossen Teilen einverstanden erklären. Dabei gilt es jedoch aus unserer Sicht nicht zu vergessen, dass sich die Schweiz eine gute medizinische und pflegerische Versorgung und qualifizierte Arbeitsplätze in der Branche leisten kann und leisten soll. Leider lässt der Revisionsentwurf Ansätze zu einer dringend notwendigen Priorisierung im Gesundheitswesen – bspw. die grundlegende Fragestellung, in welchem Gesundheitsbereich wie viel Mittel investiert werden sollen – vermissen. Wir bezweifeln daher, dass die vorgeschlagenen Massnahmen insgesamt geeignet sind, die angestrebten Kostensenkungen für die OKP und damit die Krankenversicherungsprämien zu erreichen. Der Bundesrat stellt das gesamte 2. Paket als Gegenvorschlag der CVP-Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» gegenüber. Das erscheint uns zu wenig Differenzierungsmöglichkeiten zu bieten und daher leider nicht wirklich zielführend. Deshalb fordert ASPS, dieses Paket aufzuteilen: a) Der indirekte Gegenvorschlag soll lediglich die Bestimmungen zum Kostenziel umfassen. b) Die restlichen Bestimmungen wären in einer separaten Vorlage zu diskutieren. Sinnvolle Vorschläge wie Erstberatungsstellen, die Differenzierung der WZW-Kriterien oder die Netzwerk-Idee sollen unabhängig von der Initiative eingeführt werden können. Generell ist anzumerken, dass in den vorgesehenen Massnahmen sowohl ambulante Langzeitpflege (Spitex) wie auch Alters- und Pflegeheime kaum berücksichtigt sind. Dies bedauern wir ausserordentlich, da gerade die Spitex mit ihrem breiten Leistungsangebot attraktive, kostengünstige und zukunftsfähige Lösungen nahe bei der Bevölkerung bieten kann. Hingegen ist uns klar, dass weder die ambulante noch die stationäre Langzeitpflege im Rahmen der Tariforganisation Erwähnung finden, da deren Finanzierung in der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) mit Beiträgen geregelt ist. Dies ist aber aus unserer Sicht nicht nachteilig, sondern durchaus zu begrüssen, weil gerade in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege kaum Sparpotential bei 3%- respektive 6%-Anteil an den OKP-Kosten besteht. Sparmassnahmen müssen deshalb auf Bereiche mit Überversorgung und Ineffizienz fokussieren, besonders auf die kostenintensiven. Da die Spitex von den Massnahmen in geringerem Ausmass betroffen ist, nehmen wir als ASPS daher ausschliesslich zu den folgenden Punkten (S. 4/5 des Erläuternden Berichts) Stellung: 1. Zielvorgaben (inkl. eidg. Kommission), 2. Erstberatungsstellen, 3. Netzwerke, 7. WZW-Kriterien sowie 9. Elektronische Rechnungen. In der Langzeitpflege bestehen aus heutiger Sicht zurecht grosse Befürchtungen, dass künftig wichtige, zusätzliche und sinnvolle Pflegeleistungen wie Palliative Care oder Demenzpflege nicht mehr aufgenommen bzw. gemäss ihrer Bedeutung berücksichtigt werden können. Mit der demographischen Entwicklung wird die geriatrische Pflege zunehmend bedeutender und eine Art «Kostendeckel» droht diesen

	notwendigen Leistungsausbau zu verhindern. Entsprechend nutzen wir diese Vernehmlassung, denn nur mit Korrekturen im System selbst sind echte Verbesserungen möglich. Daher fordern wir ein grundsätzliches Überdenken des gesamten Systems wie folgt: a) Zuerst müssen die gewünschten Leistungen definiert werden. b) Danach kann erst die dafür nötige Finanzierung mit verfügbaren Kostenträgern betrachtet werden.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
ASPS	32	3		Die differenzierte WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG heisst die ASPS ausdrücklich gut. Eine periodische Überprüfung von medizinischen und pflegerischen Leistungen nach den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erachten wir als wesentliches Instrument zur Steuerung der Kosten von bestehenden Leistungen, sie müssten aber in vielen Bereichen noch inhaltlich präzisiert werden. Zudem ist wichtig, dass die Erkenntnisse aus diesen periodischen Überprüfungen auch zu den notwendigen Entscheiden führen, besonders in den kostenintensiven Bereichen. Erst dann kann die Massnahme ihre kostendämpfende Wirkung entfalten.	3 …namentlich ihre Häufigkeit, ~~und~~ ihren Umfang *und ihre Ziele*.
ASPS	36b	1	a	Die ASPS begrüsst im Prinzip die vorgesehenen Netzwerke der koordinierten Versorgung und damit die medizinische Betreuung aus einer Hand. Sie ist im Interesse einer sinnvollen integrierten Versorgung in der Schweiz, soll jedoch unbedingt ineffiziente Strukturen ersetzen und Angebote und Prozesse für die Bevölkerung optimieren und nicht nur ein neuer, zusätzlicher Leistungserbringer sein, der wiederum Kosten generiert. Anstatt die Leistungserbringer künstlich zu trennen, könnte diese Lösung den Betroffenen den Bezug von Dienstleistungen aus dem koordinierten Netzwerk – aus einer Hand - ermöglichen. Im Gesetzesvorschlag wird das Netzwerk als Einrichtung definiert, die Leistungen *ambulant* erbringt: Dies widerspricht der Entwicklung, dass ambulante und stationäre Leistungen immer häufiger aus einer Hand angeboten werden (sollten). Die Definition ist entsprechend offen zu formulieren.	1 Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die: a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ~~ambulant und~~ koordiniert erbringt; und […]

		3	a bis e	Die ASPS erachtet es ferner als nicht zwingend, dass ein Arzt oder eine Ärztin das Netzwerk leiten muss. Diese Vorgabe ist auf die medizinische Verantwortung zu beschränken, während fürs Management anders ausgebildete Personen besser geeignet sind und auf kantonale Gegebenheiten und bereits bestehende Lösungen Rücksicht genommen werden soll/muss. Die Festlegung von Zulassungskriterien je nach Netzwerk ist zielführender und trägt den Besonderheiten der betreffenden Einrichtung besser Rechnung als eine Berufsvorgabe. Bei den Voraussetzungen ist ferner auf lit. e zu verzichten, welche a) unnötig Führungsinstrumente vorschreibt und b) Daten für die Tarifierung vorgibt. Weil die OKP bei der ambulanten und stationären Langzeitpflege nur Beiträge entrichtet und die Restfinanzierung in der Kompetenz der Kantone ist, muss auf solche nationalen Vorgaben für diese Bereiche verzichtet werden.	Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, ~~der oder die das Netzwerk leitet,~~ *welche/r die medizinische Verantwortung trägt*; […] ~~e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen~~.
ASPS	40a	1		Die ASPS erachtet die vorgeschlagene Erstberatungsstelle für gesundheitliche Probleme als zielführenden Anreiz, die Prämienbelastung zu senken. Allerdings steht sie in Konflikt mit der freien Arztwahl. Ob man diese beschränken will, ist eine politische Frage. Die ASPS legt – aufgrund bereits gesammelter, negativer Erfahrungen – Wert darauf, dass diese Erstberatungsstellen zwar Leistungsanbieter sein können, jedoch die Bevölkerung ein Recht darauf hat, neutral und unabhängig beraten zu werden. Das Patientenwohl und der Bedarf der Betroffenen muss im Vordergrund der Beratung stehen. Durch die Doppelrolle als Beratungsstelle und Anbieter von Leistungen der OKP ergeben sich naturgemäss Interessenkonflikte, die gesetzlich zu verhindern oder zumindest und soweit möglich einzuschränken	Ergänzung: 1 … der die Funktion einer *unabhängigen* Erstberatungsstelle ausübt, *unter Berücksichtigung von Gesundheit und Lebensqualität der beratenen Personen.*

				sind. Daher erachten wir eine Ergänzung des Artikels als unabdingbar.	
ASPS	40a	3	b	Soll die Erstberatungsstelle eingeführt werden, sollte die Bestimmung um die stationäre Langzeitpflege ausgeweitet werden, damit auch Heimärzte in erster Instanz Ansprechpartner sein können. Weiter regen wir an, nicht nur Ärzte und Ärztinnen hier aufzuführen, sondern um die Advanced Practice Nurse (APN) in der Funktion Pflegeexperten/-innen APN und in der Funktion als Nurse Practitioner APN zu erweitern.	Ergänzung: [b] Einrichtungen, die der ambulanten *und stationären* Krankenpflege… erfüllen *oder Nurse Practitioner oder Pflegeexpert/-innen APN in entsprechender Funktion dort tätig sind.*
ASPS	42	3ter		Die ASPS erachtet diesen Artikel als überflüssig, da die elektronische Rechnungsstellung bereits existiert und seit vielen Jahren effizient und problemlos angewendet wird. Daher beantragen wir diesen Absatz zu streichen.	Abs. 3ter: Streichung
ASPS	54			Wir können die Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP nachvollziehen. Allerdings muss dabei aus unserer Sicht auch endlich eine Differenzierung vorgenommen werden. Es darf nicht um eine lineare Kürzung sämtlicher medizinischer und pflegerischer Leistungen gehen, vielmehr sollen die Vorgaben spezifisch auch dort greifen, wo Einsparungen sinnvoll und nötig sind, allerdings ohne zu Qualitätseinbussen zu führen. Die ASPS fordert darum klare Kriterien, – die verhindern, dass bei Unterversorgung auch noch Kostenziele erreicht werden müssen, die nur mit Einsparungen zu erreichen sind; – die sicherstellen, dass Kostenziele bei ausgewiesener Überversorgung oder Ineffizienz erreicht werden müssen. Zudem muss klar sein, dass die notwendigen Prozesse zur Erfüllung dieser Zielvorgaben schlank und effizient sind.	Grundlegende Bearbeitung im Sinne der Bemerkungen.

				Zu bemerken ist schliesslich, dass die Folgen für die ambulante und stationäre Pflege nicht klar sind, weil als Steuerungsmittel die Tarifverträge verwendet werden, welche bei der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Spitex und Pflegeheime) nicht existieren.	
ASPS	54e			Die Beratung des Bundesrates durch eine eidgenössische Kommission ist zu begrüssen. Allerdings ist zu bemerken, dass der Bundesrat bereits eine eidgenössische Qualitätskommission, die sich ja um Qualität und Wirtschaftlichkeit kümmert, eingerichtet hat. Die ASPS sieht in zwei Kommissionen eine gewisse Redundanz und vor allem die Gefahr von Zielkonflikten. Zudem führt eine weitere Kommission zu Zusatzaufwänden personeller und finanzieller Art. Die ASPS fordert daher, dass eine einzige Kommission sowohl für Qualität als auch Effizienz/Effektivität und Kostendämpfung zuständig ist. Dies würde die Konsistenz und die ganzheitliche/umfassende Sicht auf das Gesundheitswesen fördern. Kosten und Qualität haben einen direkten Zusammenhang, weshalb sich die gesamtheitliche Betrachtung durch ein einziges Gremium aufdrängt.	Verzicht auf Art. 54e und Integration in Art. 58 ff. (Eidg. Qualitätskommission).

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Association Suisse des infirmières

Abréviation de la société / de l'organisation : ASI

Adresse : Neuchâtel

Personne de référence : Anne Bramaud du Boucheron

Téléphone : 076 818 52 51

Courriel : anne.bdb.intermed@hin.ch

Date : 19.10.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **4**

Autres propositions ____ **6**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **7**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
ASI NE/JU	«par des fournisseurs de prestations non-médecins admis en vertu de la LAMal (notamment les pharmaciens et les advanced practice nurses [APN37]).» L'évocation faite p30 des APN exclue t'elle de fait les «non APN» comme partenaires de collaboration Interpro au sein des réseaux de soins coordonnées? Si oui , quel positionnement du CF sur la formation de ces APN? Et quelle reconnaissances dans les lois cantonales (obligation pour les cantons de statuer préalabelement? Délai contraignants?) Si non, quel positionnement sur les compétences de ces «non-APN»?
ASI NE/JU	Dans la transmission des données des fournisseurs de prestation, quel est l'attendu pour les déléguants (personnel non médical intervenant sur prescription médicale)?

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
	21	3		L'anonymat des fournisseurs dans le cadre de l'exploitation des données par l'OFSP	L'OFSP est responsable de garantir l'anonymat des assurés ET des fournisseurs de prestations…

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

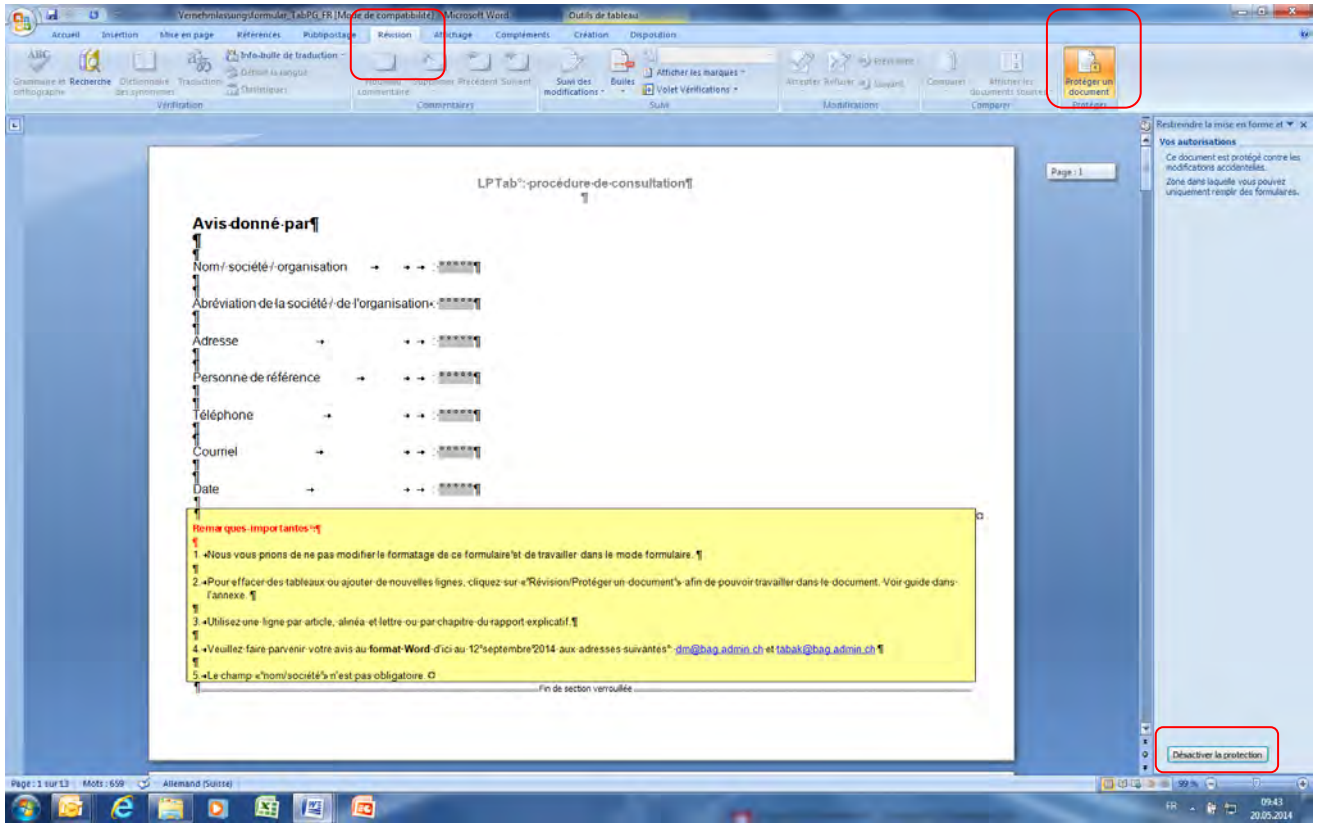
Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

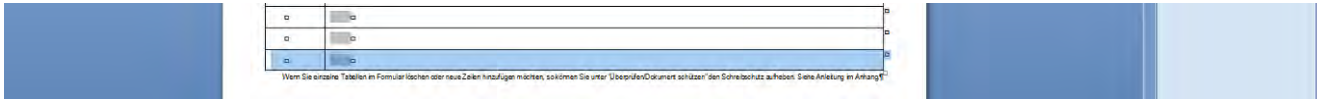
1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

1 Désactiver la protection du document

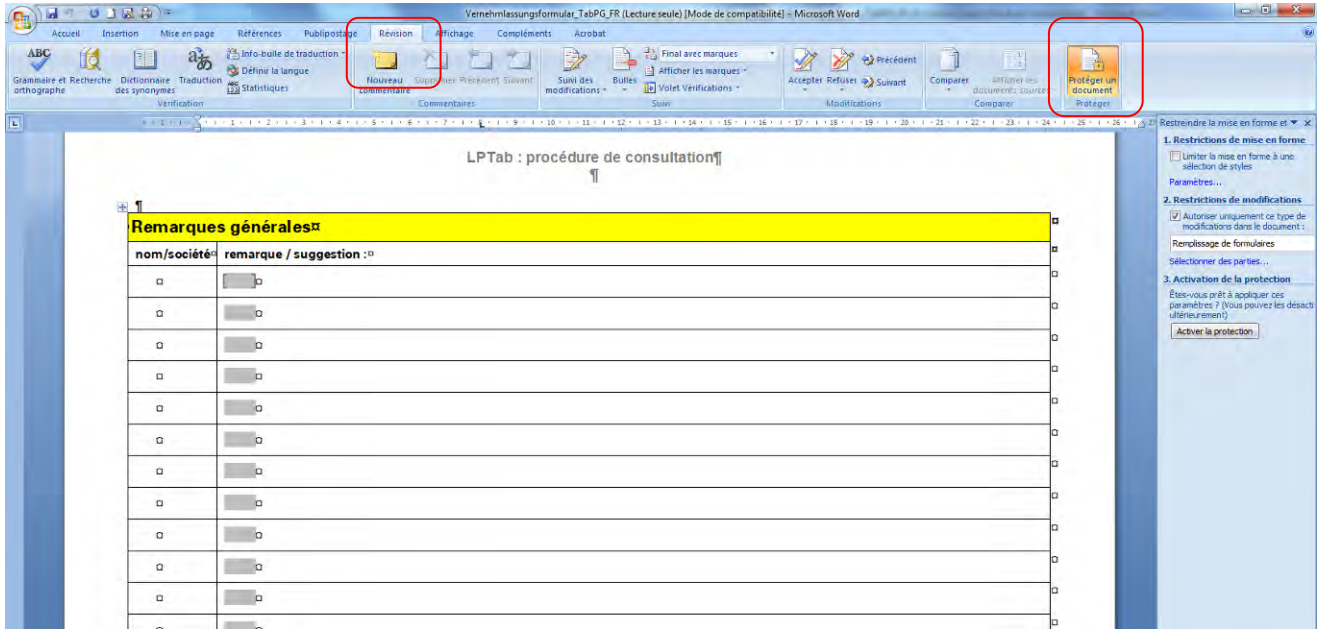


2 Insérer de nouvelles lignes

Sélectionner une ligne entière incluant les champs marqués en gris (la ligne sélectionnée devient bleu)
Presser Control-C pour copier
Presser Control-V pour insérer



3 Réactiver la protection du document



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Tanja Gut, AvariMed West GmbH, Dermatologische Praxis

Abkürzung der Firma / Organisation : AvariMed

Adresse : Wright-Strasse 7

Kontaktperson : Dr. Tanja Gut

Telefon : 041 552 11 12

E-Mail : tanja.gut@avarimed.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermatologische Praxis AvariMed	Als Facharzt Fachärztin für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

	überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis AvariMed	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermatologische Praxis AvariMed	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologische Praxis AvariMed	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis AvariMed	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologische Praxis AvariMed	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Dermatologische Praxis AvariMed	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologische Praxis AvariMed	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologische Praxis AvariMed	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis AvariMed	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologische Praxis AvariMed	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologische Praxis AvariMed	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dermatologische Praxis AvariMed	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dermatologische Praxis AvariMed	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die	

				Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologische Praxis AvariMed	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermatologische Praxis AvariMed	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologische Praxis AvariMed	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen	

				und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologische Praxis AvariMed	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermatologische Praxis AvariMed	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation :Dr. Med. Axel Jochum, Zentrum für Suchtmedizin

Abkürzung der Firma / Organisation : ZfS

Adresse : Haltingerstrasse 65

Kontaktperson : Dr. med. A. Jochum

Telefon : 061 685 89 88

E-Mail : a.jochum@suchtmedizin.ch

Datum : 6.11. 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation :Dr. Med. Axel Jochum, Zentrum für Suchtmedizin

Abkürzung der Firma / Organisation : ZfS

Adresse : Haltingerstrasse 65

Kontaktperson : Dr. med. A. Jochum

Telefon : 061 685 89 88

E-Mail : a.jochum@suchtmedizin.ch

Datum : 6.11. 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden.	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit	

				und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert.	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				- der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin	

				in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem	Analog 40a-d anzupassen.

				Verordnungsweg	
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je	Streichung von Art. 54a-e-

				Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen;	

				Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Dr. med. Beat Erne
FA Psychiatrie/ Psychotherapie
Präsident SGPP SH
Buchenstrasse 14
8200 Schaffhausen

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abt. Tarife und Grundlagen
Schwarztorstrasse 157
3003 Bern

Schaffhausen, 16.11.2020

Betreff: Massnahmenpaket 2 zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen
Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Eine vorgesehene verpflichtende Einschränkung der Freiheit der Arztwahl (sog. Obligatorische Erstberatungsstelle) sowie die Förderung von sog. Patientensteuerungs-Programmen ist aus Sicht der Schaffhauser Psychiatrie aus folgenden Gründen abzulehnen:

Politische Gründe:
Politisch ist es nicht opportun, da die verpflichtende Einschränkung der Arztwahl bereits vom Volk deutlich abgelehnt worden ist.
Es ist zudem eine anti-föderalistische Massnahme: das sog. „doctor-shopping“ ist in unserm kleinstädtischen und ländlichen sowie geografisch randständigen Kanton kein wesentliches Problem. Es herrscht ein psychiatrischer Notstand zum Teil wegen ausgeprägtem Nachwuchsmangel, zum Teil wegen verminderter Standortattraktivität. Da der Kanton ohnehin grosse Mühe hat, eine flächendeckende ambulante psychiatrische Versorgung zu gewährleisten, sind weitere Einschränkungen unklug.

Medizinische Gründe:
Wie oben ausgeführt, herrscht bei uns – wie in etlichen anderen Regionen – zwar ein grosser psychischer Notstand der Bevölkerung, es sind jedoch zu wenig Psychiater und Psychiaterinnen niedergelassen, um diese Nachfrage zu befriedigen. Staatliche ambulante Dienste können diesen Mangel nicht ersetzen, vor allem weil sie viele andere Aufgaben erfüllen müssen. Dies ist den Hausärzten bewusst; deshalb greifen sie sozusagen nie in die psychiatrische Behandlung ein und machen die Überweisungen in der Regel auf Anfrage der Patienten und Patientinnen. Das heisst im Klartext: Hausärztinnen steuern die ambulante psychiatrische Inanspruchnahme nicht, sondern die Patientinnen und ihre Psychiaterinnen.

Psychiatrische Patienten gehören den weniger vermögenden Bevölkerungsschichten an und sind häufig aus finanziellen Gründen auf Hausarztmodelle angewiesen. Der Spareffekt dürfte deshalb sehr gering sein, was die ambulante psychiatrische Behandlung betrifft. Sie sind aber auch oft misstrauisch und leisten sich gerade deshalb ein teureres Versicherungsmodell mit freier Arztwahl, wenn sie können. Dies tun sie, weil sie sich nicht dem Hausarzt anvertrauen können und wollen und weil sie wegen eigenen positiven Erfahrungen mit einer Psychiaterin oder einer Empfehlung aus ihrer Umgebung (Familie, Freunde) sich direkt an einen Psychiater wenden wollen.

Die Psychiaterinnen und Psychiater haben deshalb für psychische Leiden oft dieselbe Position wie die Grundversorger für somatische Leiden und sind direkte Ansprechpartner für die Patienten. Es ist deshalb falsch, sie anders zu behandeln.

Menschliche Gründe:
Es ist eine unnötige und politisch unkluge Diskriminierung dieser Bürger und Bürgerinnen, die die freie Arztwahl wählen und dafür bezahlen, resp. auf die entsprechende Prämienreduktion verzichten. Dies mit höchstwahrscheinlich sehr geringem Spareffekt.

Dr. med. Beat Erne
Präsident Sektion Schaffhausen der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

PS. Es wird abwechselnd die weibliche und männliche Form verwendet.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Brigitta Bende

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis Clara 7

Adresse : Clarastrasse 7, 4058 Basel

Kontaktperson : Dr. Brigitta Bende

Telefon : 061 554 30 48

E-Mail : bende.praxis@hin.ch

Datum : 11. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

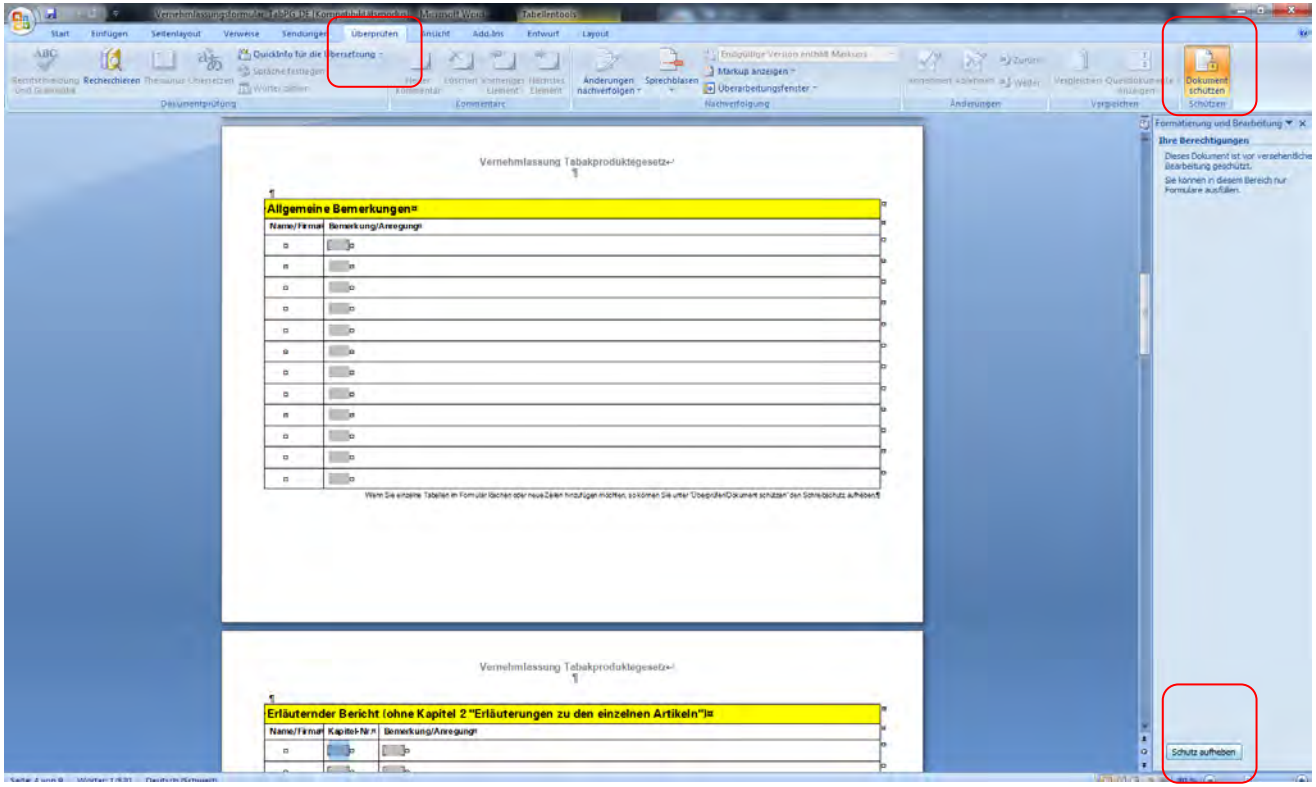
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

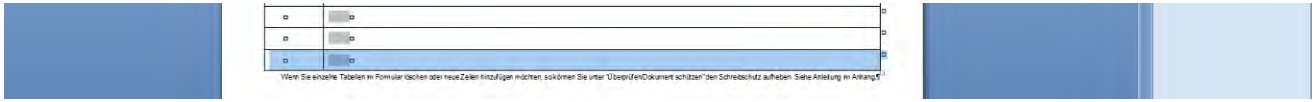
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



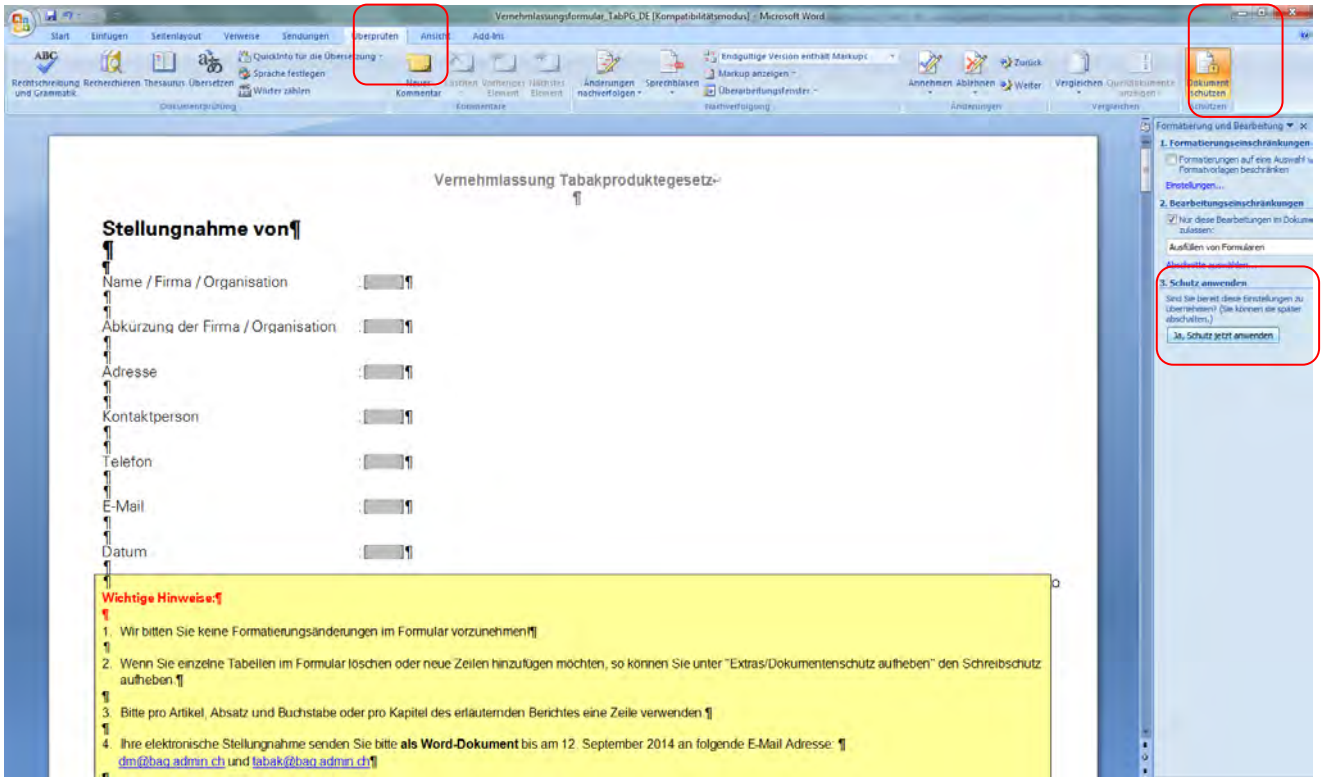
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dermacenter AG
Dermatologische Praxis
Bahnhofstrasse 15, 6403 Küssnacht a.R

Dr. med. Bettina Schlagenhauff,
Fachärztin für Dermatologie und Venerologie
Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie SGDV
Mitglied der FMH

Tel. +41 (0)41 850 8787
bettina.schlagenhauff@hin.ch

17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 7

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Als Mitinhaberin einer seit 2002 bestehenden dermatologischen Gemeinschaftspraxis Dermacenter an den Standorten Küssnacht am Rigi und Brunnen liegt mir eine qualitativ hochstehende dermatologische Versorgung unserer Patienten am Herzen. Es besteht seit Anbeginn eine ausgezeichnete Zusammenarbeit unserer Fachärzte mit den Hausärzten und anderen Fachspezialisten der Region. Gemeinsame Qualitätszirkel finden regelmässig statt und es besteht eine enge interdisziplinäre Kooperation – auf freiwilliger Basis zum Wohle der Patienten. Damit werden nicht zuletzt auch die Kosten kontrolliert. Unsere Patienten schätzen diese Kooperation, aber auch die Möglichkeit einer eigenständigen Entscheidung bezüglich ihrer Arztwahl. In den folgenden Ausführungen möchte ich in meiner obigen Funktion und als Vorstandsmitglied der SGDV die Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2) kommentieren und mich dabei den Ausführungen der SGDV anschliessen. Wie bitten Sie höflichst, unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiederzugeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on

	mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Wir lehnen die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Wir erachten fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken

	Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde.

	- **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidungsfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidungsfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnen wir daher ab.	
	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit
Abkürzung der Firma / Organisation	: BK-Heb
Adresse	: ZHAW, Institut für Hebammen, Departement Gesundheit, Katharina-Sulzer-Platz 9, Postfach, 8401 Winterthur
Kontaktperson	: Silvia Ammann-Fiechter, Präsidentin Berufskonferenz Hebammen
Telefon	: +41 58 934 42 66
E-Mail	: ammi@zhaw.ch
Datum	: 15.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 14

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb)	35 36 40	2	O b und folgende a und folgende siehe die Bst. c und d und Punkt 4	Erstberatungsstelle/Advanced Practice Die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb) begrüsst es sehr, dass der Bundesrat gut acht Jahre nach dem Scheitern der "Managed- Care"-Vorlage substanzielle – und substanziell bessere – Vorschläge zur Stärkung der koordinierten Versorgung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung macht. Die Einführung von Erstberatungsstellen und die gesetzliche Verankerung von Netzwerken der koordinierten Versorgung sowie von Programmen der Patientenversorgung sind Massnahmen, die in die richtige Richtung gehen. Die Stärkung der **Leistungskoordination**, der (Erst-)**Beratung** und der **Dossierführung** ist sehr wichtig. Diese Aufgaben müssen aber zusammen gedacht werden, weshalb die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb) nicht einsieht, wieso der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle und den Netzwerken der koordinierten Versorgung zwei verschiedene und voneinander getrennte neue (bzw. neu definierte) Kategorien von Leistungserbringern einführen will: Netzwerke können die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen, Erstberatungsstellen müssen aber nicht zwingend Koordinationsaufgaben übernehmen; Erstberatungstellen sollen obligatorisch sein,	**Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung** 1 Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die: a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt. oder c. durch eine Hebamme mit registriertem Advanced Practice Titel (bsp. AP Midwife) geleitet wird. d. einem Geburtshaus auf der kantonalen Spitalliste entspricht 2 Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die

				Koordinationsnetzwerke hingegen nicht. Die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb) erachtet es als wichtig, dass sowohl die **Erstberatung** als auch die **Dossierführung** (inkl. elektronischem Patientendossier) und die **Leistungskoordination** aus einer Hand erfolgen. Als **Gegenvorschlag** zu den bundesrätlichen Vorschlägen bzw. als **Konzept** für deren **konsequentere Umsetzung** soll mit der Einführung einer **einheitlichen "Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)"** der Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer hochstehenden und optimal koordinierten medizinischen Erstversorgung sichergestellt werden. Die gegenwärtigen Entwicklungen des Gesundheitswesens in der Schweiz entsprechen den globalen Trends und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Diese sind von einer deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität in allen Altersgruppen (Global Buden of Disease Study, 2017), von einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung, von Fachkräftemangel, der Förderung von Medizintechnologie und Digitalisierung sowie der **Stärkung paramedizinischer Berufe** gekennzeichnet. Diese Entwicklungen tangieren auch die perinatale Gesundheitsversorgung. In diesem Kontext begrüsst die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb) die Absicht des Bundesrates, die «Advanced Practice Rolle (AP)» zu stärken und im Gesetz zu verankern. Es ist aber zwingend notwendig die AP-Rolle spezifisch pro Beruf zu verankern und nicht der Begriff ANP (Advanced Nurse Practitioner) generell, damit alle paramedizinischen Berufe, welche AP Rollen in Zukunft definieren, ebenso abgebildet sind. International misst die Weltgesundheitsorganisation in ihrem	Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. 3 Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin oder die Hebamme mit registriertem Advanced Practice Titel (AP Midwife) oder die Leitung eines Geburtshauses auf der Spitalliste, der oder die das Netzwerk leitet; b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss; c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss; d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette; e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen; f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der

				europäischen Kompendium “Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health (WHO 2015) den Hebammen eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Herausforderungen in der Perinatalversorgung zu. Im englischsprachigen Raum ist diese erweiterte und spezialisierte Befähigung von Hebammen ab Masterniveau (MSc) unter dem Begriff “Advanced Midwifery Practice” (AMP) oder “Advanced Practice Midwife” (APM) bekannt. Diese AMP Rollen sind vor allem in den anglosaxonischen Länder weit verbreitet (Crabbe & Hemingway, 2014). Gesundheitsfachpersonen in Advanced Practice Rollen verfügen über eine Ausbildung auf MSc Niveau und damit über vertiefte wissenschaftliche und fachliche Kompetenzen. Dank diesen können sie Aufgaben übernehmen, die über ihren klassischen Verantwortungsbereich hinausgehen. Sie sind prädestiniert eine BKS zu leiten. Die BKS – das können neben Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Gemeinschaftspraxen auch Geburtshäuser auf der Spitalliste oder von Hebammen mit AP Titel geleitete Hebammenpraxen sein – sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination der Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie würden sicherstellen, dass das elektronische Patientendossier laufend aktualisiert und kompetent geführt wird. Die BKS stellen aber auch die Kontinuität in der Begleitung der PatientInnen sicher und stärken die interprofessionelle Zusammenarbeit. Somit wäre gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten – je nach Lebenssituation – auch nicht-ärztlich geführte Netzwerke als BKS wählen könnten und nicht "gezwungen" werden, ausschliesslich ärztlich geleitete Netzwerke zu wählen. Soll die Interprofessionalität gemäss der Charta der SAMW aber zum Durchbruch verholfen werden, muss die AP Rolle zwingend auf der gesetzlichen Ebene legitimiert werden. Dies ist nötig, um auch im Bereich der paramedizinischen Berufe Pilotprojekte im Bereich AP rascher zu implementieren und	Patientin; 4 Der Bundesrat regelt den Advanced Practice Titel für Hebammen.

				geeignete Tarifierungssysteme entwickeln zu können. Die pauschale Abgeltung der Leistungen der Erstberatung und der Koordination ist richtig, sie birgt aber auch ein Missbrauchspotenzial. Besteht nämlich ein ökonomischer Druck, Beratungsleistungen unter möglichst geringem Aufwand zu erledigen, so würde dies in der Geburtshilfe Probleme schaffen. Vor allem Schwangere in komplexen Situationen könnten zum "unerwünschten Kostenrisiko" werden. Abhilfe könnte hier schaffen, dass besonders aufwendige, eindeutig notwendige und identifizierbare Beratungs- und Koordinationsaufgaben als Einzelleistungstarife verrechnet werden könnten.	
Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb)	64	7	b	Die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb) unterstützt und begrüsst grundsätzlich die vom Bundesrat gewählte Formulierung: «Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG soll ergänzt werden mit den Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft. Auch diese Leistungen sollen, neben den Leistungen nach den Artikeln 25 und 25*a* KVG, ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft, von der Kostenbeteiligung befreit werden.» **Es ist wichtig, dass sämtliche Mutterschaftsleistungen sowie auch alle «schwangerschaftsfremden» Leistungen von Franchise und Selbstbehalt befreit sind.** Die **im Gesetzestext belassene Definition und enge Limitierung *ab der 13. Schwangerschaftswoche*** führt in der	

				Praxis jedoch immer wieder zu grossen Problemen. Die Problematik beginnt nämlich dann, wenn Schwangere vor der 13. SSW schwangerschaftsbedingte Komplikationen wie Blutungen, drohende Fehlgeburt oder eine Fehlgeburt erleiden. Die Krankenversicherer kommen für Komplikationen in der Schwangerschaft erst ab der 13. Schwangerschaftswoche auf. Sämtliche Kosten (z.Bsp. wiederholter Ultraschall bei Komplikationen, zusätzliche Laborkontrollen und operative Curettage) müssen von der Schwangeren selber getragen werden. Die Motion Kälin 18.4372 aus dem Jahre 2018 zeigt diese Situation exemplarisch auf. Schwangere, welche vor der 13. SSW Komplikationen erleiden oder sogar ihr Kind verlieren, werden gegenüber Frauen, welche diese Probleme zu einem späteren Zeitpunkt (nach der 13. SSW) erfahren, klar benachteiligt. Sie tragen teilweise hohe Kosten der Behandlungen selber. Eine Curettage kostet (operativer Eingriff im Spital, excl. Vor- und Nachkontrolle) rund CHF 800 - 1100. Die Frauen müssen auch für den Selbstbehalt aufkommen und es wird ihnen die Franchise berechnet. Mit allen Kontrollen kann diese Summe rasch auf gegen CHF 1500 - 2000 steigen. Nicht wenige Frauen in der Schweiz sind von dieser gesetzlichen nicht verständlichen Ungleichstellung betroffen: Etwa jede fünfte Schwangerschaft endet in einer frühen Fehlgeburt [4] [5]. Allein am Universitätsspital Zürich betraf diese Unrechtbehandlung in den Jahren 2018/2019 insgesamt 266 resp. 300 Frauen. Der in der Motion Kälin korrekt beschriebene Missstand wird mit dem vorliegenden Textvorschlag des Artikels 64, Abs. 7, Bst. b leider **nicht** behoben. Er kann nur behoben werden, wenn die Kostenbeteiligung bereits ab Beginn der Schwangerschaft wegfällt. (siehe Textvorschlag).	

				In der bundesrätlichen Begründung zur Motion Kälin wird mit folgender Erklärung auf den Vorschlag der Kostenbefreiung ab Beginn der Schwangerschaft argumentiert: «*Mit der heutigen Regelung werden Behandlungen von Komplikationen in den ersten zwölf Wochen wie Spontanaborte oder Eileiterschwangerschaften nicht von der Kostenbeteiligung befreit. Es ist korrekt, dass Frauen, welche in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen wegen Komplikationen Behandlungen benötigen, gegenüber Frauen, bei denen die Schwangerschaft problemlos verläuft, in Bezug auf die Erhebung der Kostenbeteiligung benachteiligt sind. Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang festgehalten, dass* ***der Beginn der Schwangerschaft erst im Nachhinein*** *festgestellt werden kann und der Versicherer allenfalls bereits Kostenbeteiligungen auf Behandlungen erhoben hat, wenn er von der Schwangerschaft erfährt.* ***Eine nachträgliche Befreiung von der Kostenbeteiligung*** *auf Behandlungen während den ersten zwölf Schwangerschaftswochen würde daher zu* ***unverhältnismässigem Verwaltungsaufwand*** *führen.»* Für die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb) ist dies eine unhaltbare und fadenscheinige Begründung, denn es geht letztlich nur darum, für die Versicherer die Verwaltungskosten tief zu halten. Damit werden die Kosten jedoch bewusst den betroffenen Schwangeren auferlegt! Die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit (BK-Heb) wehrt sich vehement gegen diese gesetzliche Ungerechtigkeit, die weder logisch begründbar noch medizinisch vertretbar ist. Eine Schwangerschaft wird berechnet aufgrund des ersten Tages der letzten Menstruation. Bleibt die monatliche Blutung aus, macht die Frau in der Regel bald einen (in der heutigen Zeit quasi überall, sogar am SELECTA-Automat, erwerbbaren) Schwangerschaftstest. Fast jede Schwangere in der Schweiz weiss bereits nach 4-6 Wochen post menstruationem, dass sie gemäss Schnelltest schwanger ist und geht Folge dessen	Textvorschlag für Art. 64, Abs. 7, Bst. b KVG: *Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:* *Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die* ***ab Beginn der Schwangerschaft****, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.*

				bereits in der 6. – 8. Woche zur ersten Untersuchung. Das heisst, die tatsächliche Zeitspanne, währenddessen allfällige bereits bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssten und dadurch hohe Verwaltungskosten entstehen würden, ist kurz und rechtfertigt niemals die auf die Betroffenen überwälzten Kosten. Hebammen, welche Schwangerschaftskontrollen anbieten, sind mit einem **zusätzlichen Problem** konfrontiert, welches nur durch die Übernahme des Textvorschlages des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) behoben werden kann. Nämlich: - Schwangerschaftskontrollen, welche vor der 13. Schwangerschaftswoche (also noch vor der Kontrolle bei einer Ärztin) von Hebammen durchgeführt werden, werden in vielen Fällen durch die Versicherer nicht bezahlt. Begründung der Versicherer: «Da die 13. SSW noch nicht mit einem Ultraschalluntersuch bestätigt wurde, wird diese Kontrolle nicht vergütet». In solchen Fällen stellen die Versicherer entweder der Schwangeren die Kontrolle in Rechnung und/oder die Kontrolle wird der Hebamme nicht bezahlt, was bedeutet, dass sie in solchen Fällen gratis eine medizinische Leistung erbracht hat. Hebammen sind befugt, gemäss Artikel 13, KLV Schwangerschaftskontrollen in eigener fachlicher Verantwortung durchzuführen. Diese Kompetenz wird durch das Gebaren der Versicherer seit etlichen Jahren beschnitten. Hebammen bieten Schwangerschaftskontrollen vor der 13. Schwangerschaftswoche oft gar nicht mehr an, um den Schwangeren Kosten zu ersparen. Auch das wiederholte Intervenieren des Schweizerischen Hebammenverbandes SHV unter Bezugnahme des Informationsschreiben des BAG vom März 2018 half nicht zu	

				verhindern, dass etliche Versicherer Gesetze enger interpretieren als das BAG dies offiziell kundtut. Dies zeigt auf, wie wichtig es ist, dass eine Änderung auf der gesetzlichen Ebene passiert, denn Informationsschreiben werden missachtet und bleiben wirkungslos. 4 Lippincott Williams & Wilkins (2012): The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics (4 ed.) pp. 438–439 5 Diese Zahlen sind Schätzungen und gelten in Fällen, in denen der Frau bereits bekannt gewesen war, dass sie schwanger war. In vielen Fällen geschieht eine Fehlgeburt jedoch bereits bevor die Frau merkt, dass sie überhaupt schwanger war. Quelle: «How many people are affected by or at risk for pregnancy loss or miscarriage?» www.nichd.nih.gov. July 15, 2013	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

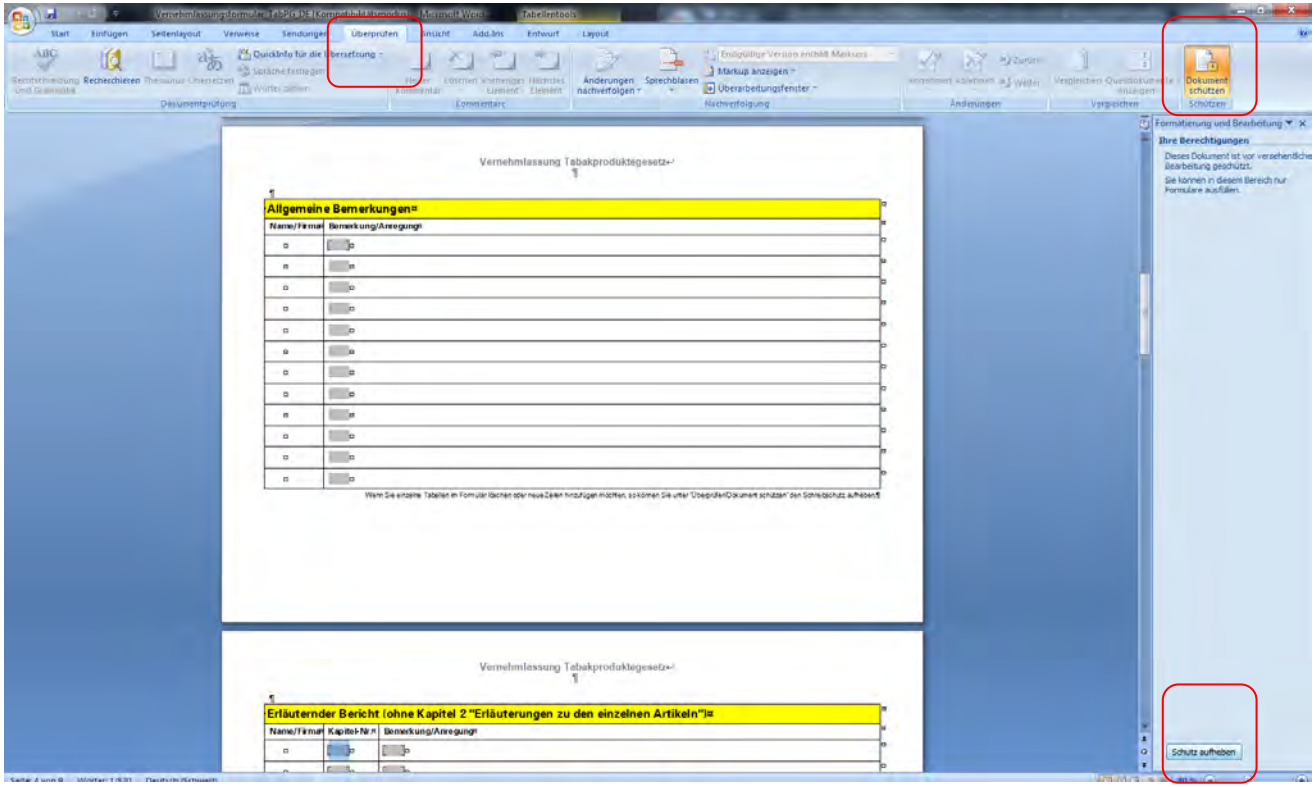
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

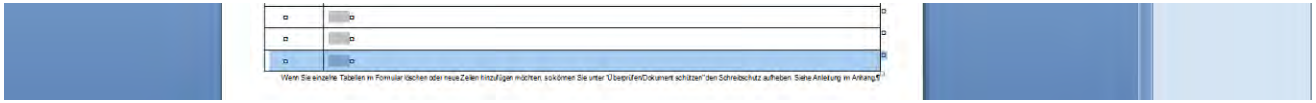
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



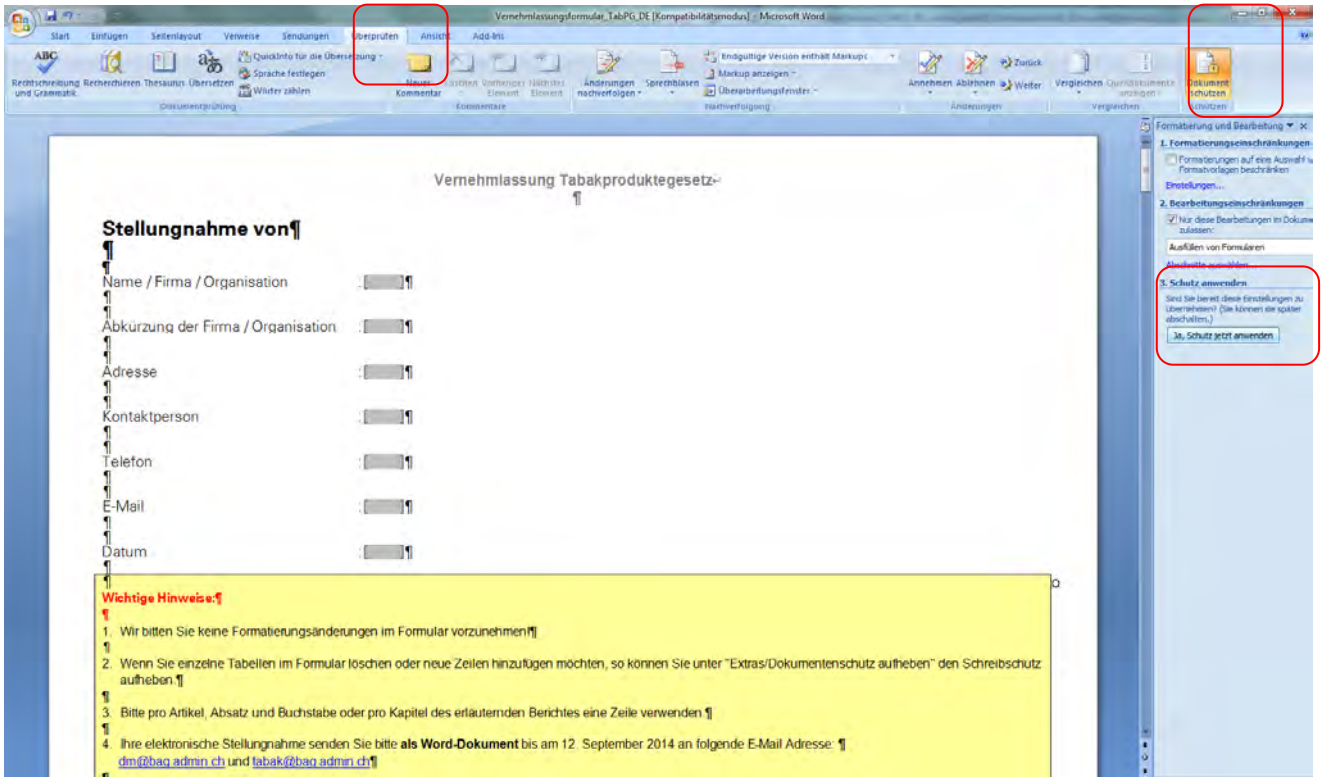
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Association Suisse des infirmières

Abréviation de la société / de l'organisation : ASI

Adresse : Neuchâtel

Personne de référence : Anne Bramaud du Boucheron

Téléphone : 076 818 52 51

Courriel : anne.bdb.intermed@hin.ch

Date : 19.10.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **4**

Autres propositions ____ **6**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **7**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
ASI NE/JU	«par des fournisseurs de prestations non-médecins admis en vertu de la LAMal (notamment les pharmaciens et les advanced practice nurses [APN37]).» L'évocation faite p30 des APN exclue t'elle de fait les «non APN» comme partenaires de collaboration Interpro au sein des réseaux de soins coordonnées? Si oui , quel positionnement du CF sur la formation de ces APN? Et quelle reconnaissances dans les lois cantonales (obligation pour les cantons de statuer préalabelement? Délai contraignants?) Si non, quel positionnement sur les compétences de ces «non-APN»?
ASI NE/JU	Dans la transmission des données des fournisseurs de prestation, quel est l'attendu pour les déléguants (personnel non médical intervenant sur prescription médicale)?

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
	21	3		L'anonymat des fournisseurs dans le cadre de l'exploitation des données par l'OFSP	L'OFSP est responsable de garantir l'anonymat des assurés ET des fournisseurs de prestations…

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

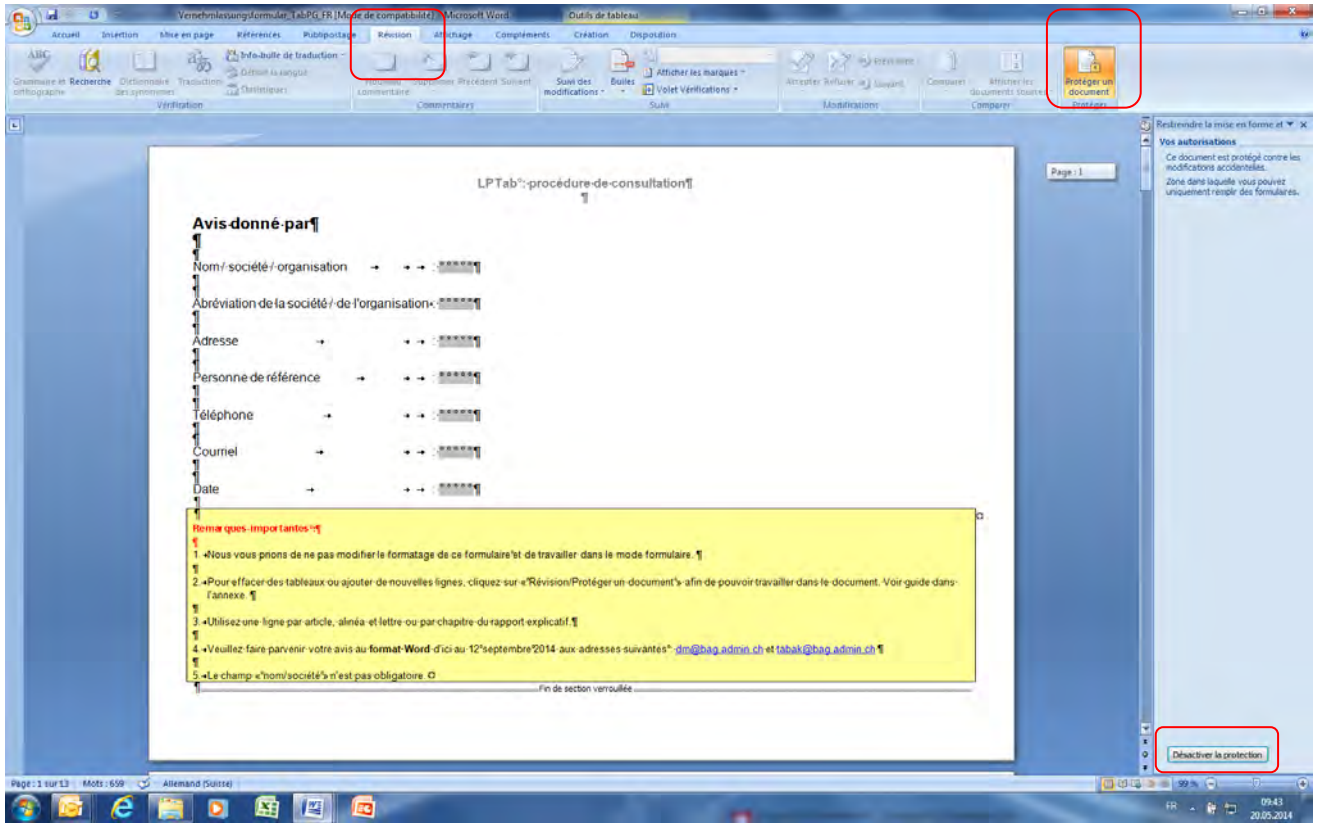
Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

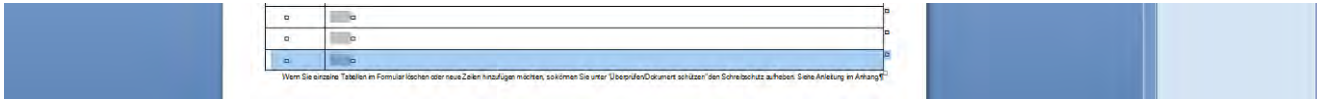
1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

1 Désactiver la protection du document

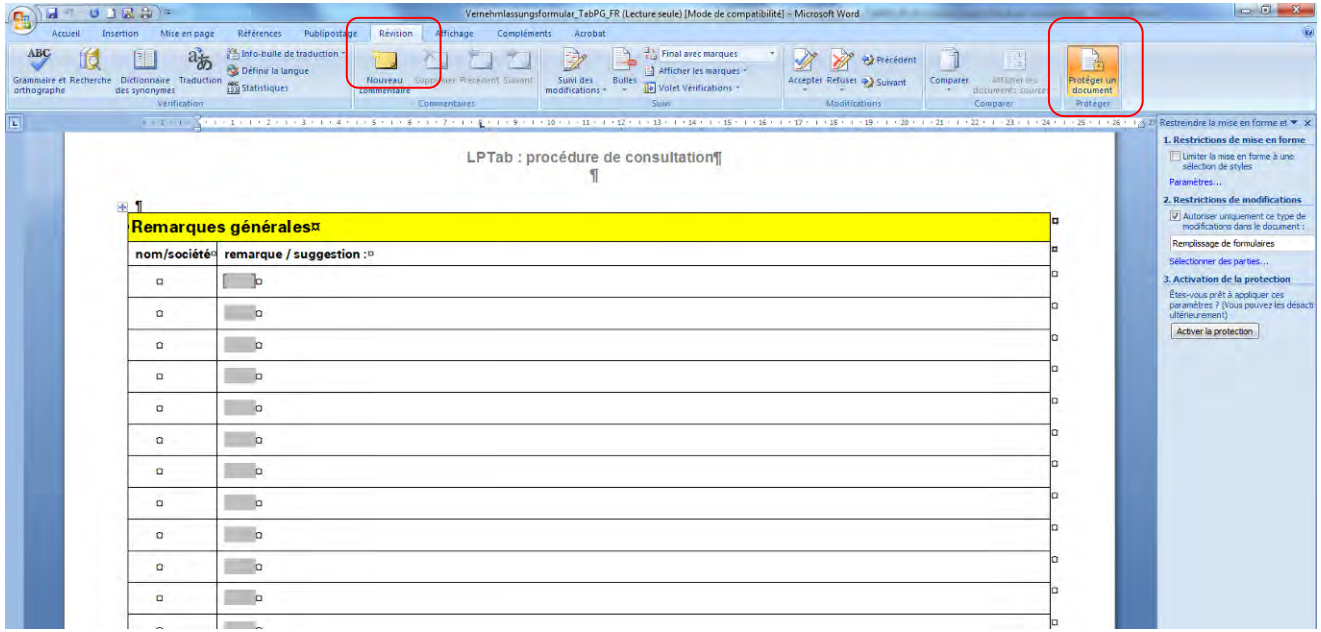


2 Insérer de nouvelles lignes

Sélectionner une ligne entière incluant les champs marqués en gris (la ligne sélectionnée devient bleu)
Presser Control-C pour copier
Presser Control-V pour insérer



3 Réactiver la protection du document



BÜNDNER ÄRZTEVEREIN
UNIUN GRISCHUNA DA MEDIS
ORDINE DEI MEDICI GRIGIONI

RA Marc Tomaschett
Geschäftsstelle
St. Martinsplatz 8
Postfach 619
7001 Chur
081 257 01 75
www.buendneraerzteverein.ch

Per E-Mail:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Per A-Post:
Herr Bundesrat Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Chur, 18. November 2020

Vernehmlassung
zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik besteht nach Auffassung des Bündner Ärztevereins darin, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern in erster Linie ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Der bessere Schutz der Bevölkerung gegen und bei Epidemien und eine entsprechende Verbesserung der Epidemiengesetzgebung, der Impfvorschriften sowie der möglichen Massnahmen, welche der Bund und die Kantone in einer solchen Situation koordiniert treffen können müssen, gehören dazu.

Der BüAeV spricht sich damit ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele und gegen eine schleichende Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung, Planung und Globalbudgetierung aus. Die unweigerliche Folge wäre die Implementierung einer Zweiklassenmedizin. Der BüAeV

war und ist weder mit der Zusammensetzung der „Expertenkommission Kostendämpfungsmassnahmen“ noch mit dem Expertenbericht vom 24. August 2017 an sich, der im Ausland begangene Fehler für die Schweiz zur Wiederholung vorschlägt, einverstanden.

I. Allgemeine Bemerkungen zu den Kostendämpfungspaketen 1 und 2

Der Bundesrat beabsichtigte offensichtlich bereits mit dem Kostendämpfungspaket 1, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor allem im ambulanten Bereich, und damit in erster Linie auch zu Lasten der praktizierenden Ärzteschaft, anzupassen. Auch das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wiederum primär gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, welche den grössten Teil der ordentlichen Mitglieder des BüAeV ausmachen.

Direkter Ansatzpunkt der Kostendämpfungspakete ist der Arzttarif, und damit indirekt das über den Tarif erzielbare Einkommen unserer Mitglieder. Mit einem nationalen Tarifbüro, mit ersatzweiser behördlicher Tariffestsetzung und mittels Einführung ambulanter Tarifpauschalen soll die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende Tarifpartnerschaft (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr abgeschafft werden. Inskünftig sollen die „Tarifpartner“ u.a. verpflichtet werden, tarifvertraglich eine „gerechtfertigte Kostensteigerung“ zu definieren, bei deren Überschreitung der Tarif korrigiert werden müsste. Ersatzweise würde die Tarifkorrektur behördlicherseits verfügt, sofern sich die Tarifpartner weigern würden, dies umzusetzen.

EArt. 47c Abs. 6 KVG würde somit bereits im Rahmen einer möglichen Umsetzung des Kostendämpfungspaketes 1 zur Einführung eines verpönten **Globalbudgets** führen, welches **über degressive Tarife** umgesetzt werden müsste. In der Analyse der Wirkungen wie auch der unerwünschten Nebenwirkungen sind degressive Tarife den Globalbudgets zuzuordnen. Nur allzu leicht könnte stattdessen auch **unter der Ägide des vorgesehenen Experimentierartikels** für mehrere Jahre **ein Globalbudget** zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich in vergleichbarer Art und Weise **drohen**. Und dies wohlgemerkt unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischer Legitimität sowie für einen längeren Zeitraum.

Auch das Kostendämpfungspaket 2 und die CVP-Initiative beinhalten Global-budgets. Ob die Holzhammermethode der CVP angewendet würde, welche eine **Kostenbremse** bei einer Überschreitung der Steigerungsrate der OKP-Kosten um 20% im Vergleich zur Nominallohnentwicklung während zwei Jahren verlangt, oder ob **für die ganze OKP und einzelne Kostenblöcke ähnliche Kostenziele** definiert werden, ist eher nebensächlich. Das Gesundheitswesen würde mit Globalbudgets, namentlich auch im ambulanten Bereich, auf den Kopf gestellt, würde es doch dann attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln. Dies wiederum würde bei einer diesen neuen Anreizen entsprechenden Verschlechterung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bald zusätzliche Qualitätssicherungsmassnahmen notwendig machen.

Wegen der zu befürchtenden Verzögerung wichtiger Behandlungen und angesichts des mit dem neuen Versorgungssystem verbundenen administrativen Mehraufwands im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnamen würde das Gesundheitswesen so sicher nicht günstiger. Es würde weniger Geld für die Patientenbehandlung und mehr Geld für die Administration eingesetzt.

Alle Globalbudgets müssen bekämpft und mit Abstimmungsreferenden vors Volk gebracht werden, weil sie tendenziell zu Unterversorgung, vor allem der ärmeren Bevölkerung, und zu ungerechten Ergebnissen, wie z.B. Zweiklassenmedizin, führen. Denn letztendlich geht es dabei um Einsparungen zugunsten der gesunden Prämienzahler, welche sich automatisch zum Nachteil der kranken Patientinnen und Patienten auswirken. **Das Arzt-Patientenverhältnis wird untergraben**, wenn der Arzt via Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln. **Es widerspricht dem hippokratischen Eid**, wenn sich die Ärztin oder der Arzt nicht mehr unabhängig für eine möglichst optimale Behandlung seiner Patientin oder seines Patienten einsetzen kann.

Der Bundesrat würde, obwohl er dies kaum bewusst beabsichtigen dürfte, mit der Umsetzung der Globalbudgets der Kostendämpfungspakete 1 und 2 den freien Berufsstand der praktizierenden Ärzteschaft im Wesentlichen abschaffen. Sei es via Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von **sog. Erstanlaufstellen. Obwohl das Volk die „Managed-Care-Vorlage“ klar abgelehnt hat**, werden in der jetzigen Vernehmlassungsvorlage erstaunlicherweise erneut ähnliche Vorschläge vorgebracht und sogar noch verschlimmert. Die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte würden damit in zwei Gruppen aufgeteilt. Wer als Erstanlaufstelle qualifiziert, würde von einer **jährlichen**

Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro **jede versicherte Person** profitieren, welche ihn als Erstanlaufstelle wählt. Dies unabhängig davon, ob die bei ihm eingeschriebenen Versicherten überhaupt eine Behandlung benötigen. Das Nichtbehandeln würde belohnt, und wer eine solche Erstanlaufstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Mit Werbung möglichst viele Versicherte zu gewinnen, würde äusserst lukrativ. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstanlaufstelle qualifizieren, könnten dann, mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstanlaufstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen.
Hausärzte und Grundversorger sollen also, damit sie der Vorlage zustimmen, dieses Zückerchen einer **„Einkommensgarantie als Gatekeeper“** schlucken, womit sie inskünftig faktisch (via ihre Versicherten und deren Kopfpauschalen) bei der OKP angestellt wären – indessen ohne effektiv alle wesentlichen Vorteile eines Angestellten zu geniessen. Denn gleichzeitig würden sie weiterhin selber AHV und BVG in die Sozialversicherung einzahlen und ihre eigenen Unternehmerrisiken tragen. Die Kopfpauschale wäre vielleicht anfangs grosszügig bemessen, aber nur solange, bis diese vom Bundesrat gekürzt wird. Das Zückerchen könnte damit rasch zur bitteren Pille werden. Nur noch Gatekeeper-Arzt oder **„Zetteli-Arzt“** zu sein, mit abnehmenden ärztlichen Befugnissen und gleichzeitig stets abnehmendem Jahreseinkommen, wäre bald nicht mehr so attraktiv wie angedacht. Und wenn Patientinnen und Patienten ihren Spezialarzt ohne Ermächtigung der Erstanlaufstelle nicht mehr direkt aufsuchen dürften, würden gleichzeitig **auch die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.**

Dementsprechend sollte sich die Ärzteschaft nicht spalten lassen und jedes Global-budget, inkl. diejenigen Massnahmen, die vom EDI lediglich aus taktischen Gründen mit anderen Begriffen umschrieben werden, aber ebenfalls Globalbudgets sind, weil sie sich so auswirken, entschieden bekämpfen. Weil sich der **BüAeV gegen jede Rationierung im Rahmen der OKP** wehrt, spricht sie sich hiermit im Interesse aller Mitglieder auch dezidiert gegen die vorgesehene Erstanlaufstelle aus.

Der BüAeV ist gegen ein derartiges Obligatorium der eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer. Die **Versicherten** sollen selbstverständlich weiterhin das Recht haben, **freiwillig besondere Versicherungsformen** mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder (neu) auch ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung zu wählen.

II. Zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

EArt. 21 (Datenweitergabe und Statistiken)

Wir setzen ein Fragezeichen hinter die Idee, in der Transparenz über die Qualität und Kosteneffizienz der erbrachten Leistungen und im Sammeln von Daten sowie im Mehrfachsammeln der gleichen Daten für verschiedene Behörden ein Allerheilmittel finden zu wollen. Die **Datenerhebung** sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren **MAS** bewährt hat, welche **über das Bundesamt für Statistik (BFS)** läuft, generell zentral durch das BFS erfolgen. Der damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich, indem jährlich quasi eine zweite Steuererklärung ausgefüllt werden muss. Die Ärzteschaft wehrt sich nicht gegen die Erhebung derartiger sachdienlicher, aggregierter Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht vom BAG indessen nicht angegeben zu werden. Wir bezweifeln insbesondere, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden, und dass das BAG die Anonymität dann wirklich wahren könnte und würde.

EArt. 23, 25 Abs. 2

Keine Bemerkungen.

E32 Abs. 3 und Art. 52b sowie 52c

Der neu vorgeschlagene EArt. 32 Abs. 3 lautet wie folgt:

Art. 32 Abs. 3
3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.

Dieser Artikel regelt die Anforderungen an sämtliche Leistungen im KVG. Angesichts der gemäss den Erläuterungen beabsichtigten Fokussierung alleine auf Arzneimittel, ist eine solche Regelung an dieser Stelle systemwidrig, denn sie geht vom Wortlaut her darüber hinaus bzw. zu weit.

Wir wehren uns auch dagegen, dass unter dem Wortlaut einer neuen Bestimmung, welche das Kostengünstigkeitsprinzip nicht erwähnt, der beabsichtigten Anwendung des **Kostengünstigkeitsprinzip, wofür im KVG keine gesetzliche Grundlage ersichtlich ist**, das Wort geredet wird. Art. 164 Abs. 1 BV sieht vor, dass wichtige Bestimmungen in Form eines Bundesgesetzes zu erlassen sind. Dementsprechend sind wir dagegen, dass dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen EArt. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leistungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Dies betrifft nach dem Gesagten zum einen nicht nur die Arzneimittel, sondern verletzt zum anderen auch das Rechtsgleichheitsprinzip. Somit ist die **verfassungswidrige Bestimmung ersatzlos zu streichen.**

Auch die in den **EArt. 52b und 52c** vorgesehene Regelung von möglichen **Rückerstattungen**, wozu die Zulassungsinhaberin inskünftig **bei Arzneimitteln** gezwungen werden könnten, erscheint uns als kompliziert und wenig praktikabel. Wir sind insbesondere **gegen Zwangslösungen** unter der willkürlichen Ägide des BAG.

33 Abs. 3bis

Keine Bemerkungen.

EArt. 35 Abs. 2 lit. o und Art. 36b (Netzwerke zur koordinierten Versorgung)

Die Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ ist zwar grundsätzlich zu befürworten. Die Betriebsauflagen, welche der Gesetzgeber hier aufstellen soll, gehen indessen u.E. viel zu weit. Es kann doch nicht sein, dass auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Zum Schluss wird der Bundesrat wohl auch noch die Löhne vorschreiben wollen. Damit wird die Attraktivität, entsprechend zu investieren, um ein Netzwerk der koordinierten Versorgung anbieten zu können, von vornherein unnötig herabgesetzt.

EArt. 40a, b, c und d (Erstberatungsstelle)

Jede versicherte Person müsste inskünftig einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle übernimmt. Dafür kommen primär Ärztinnen und Ärzte mit einem **Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztin oder praktischer Arzt** in Frage. Zudem gemäss den

Übergangsbestimmungen auch wer mindestens während zwei Jahren vor dem Inkrafttreten der Revision in der medizinischen Grundversorgung tätig war und sich die spezifischen hausärztlichen Kenntnisse anderweitig erworben hat.

Der Kanton müsste eine **kantonale Liste** der Erstberatungsstellen führen und die Versicherer müssten **Nichtanschlusswillige** zwangsweise einer Erstberatungsstelle zuordnen. Der Bundesrat müsste auch den Wechsel der Erstberatungsstelle auf Verordnungsstufe regeln. Der **BüAeV** spricht sich wie gesagt **klar gegen einen derartigen Zwang** und **gegen diesen Eingriff in die Behandlungsfreiheit zu Lasten der Patientinnen und Patienten** aus. Die Erstanlaufstelle würde inskünftig insbesondere entscheiden, ob eine Behandlung überhaupt notwendig ist, sowie ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer (Spezialist) gelangen darf, und könnte bzw. würde sich dabei wohl auf immer mehr Beratung konzentrieren oder beschränken (z.B. mehr Telefonkonsultationen, E-Mail-Beratung, Zoom-Medizin, Telemedizin etc.). Einzig für die Fachärzte für Ophthalmologie und Gynäkologie könnte der Bundesrat zudem gemäss Vortrag „möglicherweise“ eine Ausnahme vom Erfordernis der Überweisung formulieren.

Der **Bundesrat** würde darüber hinaus auch noch genau festlegen, **welche Leistungen der Erstberatungsstelle** mit der Kopfpauschale abgegolten werden, und vor allem, **wie hoch die jährliche Kopfpauschale** sein soll. Die Kopfpauschale beinhaltet ein **prospektives Globalbudget**. Dies wäre dann Staatsmedizin in Reinkultur. Und die vorgängige Anhörung der „Tarifpartner“ würde angesichts der Machtverhältnisse zu einer blossen Farce und Alibiübung verkommen. Alleine die übrig bleibende freie Wahl des Leistungserbringers (Spezialisten) nach erfolgter Überweisung durch die Erstberatungsstelle wird den Patienten wenig nützen.

EArt. 41, 41a und 41b
Keine Bemerkungen.

EArt. 42 Abs. 3ter (elektronische Übermittlung der Rechnungen an Versicherer)
Es dürfte immer noch einzelne Mitglieder des BüAeV geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen ja auch weiterhin die Rechnungen kostenlos in Papierform geliefert werden, falls gewünscht. Dementsprechend erachten wir die Regelung als zu rigid. Es ist indessen durchaus vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem

Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner darüber nicht innert nützlicher Frist einigen.

EArt. 42a (Versichertenkarte), 48a, 52 Abs. 1, 52b, 52c und 53 Abs. 1
Keine Bemerkungen.

EArt. 54, 54a, 54b, 54c, 54d und 54e („Kostenziele“ bzw. OKP-Globalbudgets)
Das Kernstück der Vorlage will der OKP Kostenziele und damit Globalbudgets auf allen Ebenen vorgeben. Und zwar zunächst auf Stufe Bund/gesamte OKP-Kosten, indem der Bundesrat gestützt auf eine neue „eidgenössische Superkommission für Kostenziele“ vorgibt, um wieviel diese OKP-Kosten pro Jahr gesamtschweizerisch insgesamt steigen dürfen. Er kann und soll darüber hinaus die Gesamtsteigerungsrate unterschiedlich umsetzen bzw. das Kostenziel beliebig auf die einzelnen Kostenblöcke verteilen.

Anschliessend erfolgt die Festlegung entsprechender Kostenziele pro Kanton inkl. einer einheitlichen Toleranzmarge, um welche von der kantonalen Gesamtzielvorgabe abgewichen werden kann.

Die Kantone regeln ihre eigenen Ziele pro Kostenblock und können weitere Kostenblöcke definieren (sic!). So könnte zum Beispiel im Kanton Graubünden inskünftig auch der Kostenanstieg pro Fachgesellschaft, und je nach Fachgesellschaft dann auch unterschiedlich, festgelegt werden.

Für jeden erdenklichen Kostenblock könnte also inskünftig relativ willkürlich eine individuelle Globalbudgetvorgabe erfolgen. Dies wäre Planwirtschaft in Reinkultur. Das Anhörungsrecht der Versicherer und der Leistungserbringer vor der Festlegung der Globalbudgets wird dabei den Leistungserbringern sicher kaum dabei helfen, höhere Globalbudgets zu verhandeln. Es würde sich also eher um nicht verhandelbare staatliche Planvorgaben handeln.

Auf die drohenden Sanktionen (Tarifsenkungen, degressive Tarife oder differenzierte Tarife je nach Fachrichtung), sowie insbesondere auf die Schwerfälligkeit eines solchen Systems, gehen wir hier nicht nochmals ein.

Der BüAeV lehnt die Vorlage inkl. aller vorgesehenen Globalbudgets und Globalbudgetvarianten sowieso ab, und falls das Parlament solchen Lösungen zustimmen sollte, müsste sich das Stimmvolk dazu äussern. Eine **Salamitaktik des**

Gesetzgebungsprozesses mit zeitlich etappierten, immer wieder neuen Globalbudgetvorlagen würde im schlimmsten Fall lediglich dazu führen, dass mehrmals über Ähnliches abgestimmt werden müsste. Die Ärzteschaft ist sicher, dass unsere Bürgerinnen und Bürger eine derartige **Verschlechterung der Gesundheitsversorgung via Globalbudgets** in jeder Schattierung dezidiert ablehnen werden. Gleiches gilt für die geplante **Aufhebung der freien Arztwahl**. Dies unbesehen davon, unter welchem täuschenden Titel all dies dem Volk schmackhaft gemacht werden soll.

III. Zusammenfassung

Der Bündner Ärzteverein sieht sowohl in der Initiative als auch in den vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung-Paket 2 eine grosse Gefahr auf die medizinische Versorgung in unserem Kanton zukommen. Deshalb ersuchen wir alle Angesprochenen, sich gegen diese Vorlage zu wenden.

Dies betrifft insbesondere die Gemeinden, die aufgrund der Kostendämpfungspaket des Bundesrates Gefahr laufen, in Zukunft medizinisch unterversorgt zu sein. Kernpunkt und Ziel der vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebene Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG-Kostendämpfungspaket 2) beinhaltet eine Neugestaltung der Abrechnung von medizinischen Leistungen. Im Speziellen geht es um die Einführung einer jährlichen Kopfpauschale pro versicherte Person und um die Einführung eines Kostenziels zur Kostensenkung im gesamten Gesundheitswesen. Dieses Kostenziel entspricht einem Globalbudget, welches die Anzahl der Leistungen, also Behandlungen, Bildgebungen und Medikamente rationieren soll. Dem einzelnen Patienten stehen damit nur beschränkte ärztliche Leistungen gemäss dem im Voraus festgelegten totalen Kostenrahmen zur Verfügung. Übrige, weitergehende Leistungen unseres Gesundheitssystems können nur dann bezogen werden, wenn sie über eine Zusatzversicherung oder aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Das Gesundheitswesen würde mit Globalbudgets, namentlich auch im ambulanten Bereich, auf den Kopf gestellt. Die Ärztinnen und Ärzte wären gezwungen, Kranke möglichst nur noch minimal zu behandeln, um die nötigen Reserven über das ganze Jahr zu haben. Eine Zweiklassenmedizin wäre die Folge. Wer es sich leisten kann, bekommt alle Leistungen. Wer nur über die obligatorische Grundversicherung verfügt, wird eingeschränkt.

Der vorgeschlagene Gesetzesentwurf will das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ermächtigen, ohne Angabe von Gründen, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer (sprich Ärztinnen und Ärzte) und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht vom BAG indessen nicht angegeben zu werden. Diese Ermächtigung zur Datensammlung ist ein klarer «Angriff» auf das Arztgeheimnis. Was zwischen Arzt und Patient besprochen wurde, müsste offengelegt werden. Das darf nicht sein.

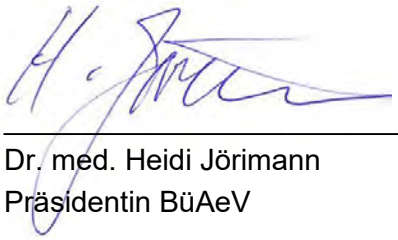
Die Konsequenzen dieser Vorlage zielen weit über das vermeintliche Sparpotenzial hinaus. Erfahrungen aus Deutschland und den Niederlanden belegen einen Qualitätsverlust mit Rationierung der Leistungen und Ausbildung. In Deutschland führt dieses System regelmässig zur Schliessung von Praxen, vor allem auf dem Land, da Hausärzte gezwungen sind, entweder Behandlungen abzulehnen oder auf eigene Kosten durchzuführen. In den Landpraxen ist dieser Gewissenskonflikt häufig nicht mehr (er)tragbar. Die erhoffte Kostensenkung im Gesundheitswesen blieb in Deutschland durch die Einführung des Globalbudgets aus.

Diese Problematik des Globalbudgets wird klar, wenn man sich vor Augen führt, welche Gründe für das Wachstum der Kosten im Gesundheitswesen hauptsächlich verantwortlich sind. Es ist sehr viel weniger eine «medizinisch nicht begründbare» Mengenzunahme, als vielmehr einerseits die demographische Entwicklung mit Zunahme der Lebenserwartung und Alterung der Gesellschaft sowie andererseits der medizinische Fortschritt.

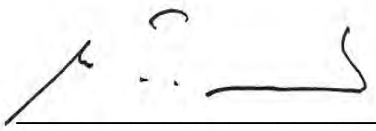
Alle Globalbudgets führen tendenziell zu einer Unterversorgung, vor allem der in den Heimen lebenden oder auf Ergänzungsleistungen angewiesenen, betagten Patientinnen und Patienten, und zu ungerechten Ergebnissen, wie z.B. Zweiklassenmedizin. Letztendlich geht es dabei um Einsparungen zugunsten der gesunden Prämienzahler, welche sich automatisch zum Nachteil der kranken Patientinnen und Patienten auswirken. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird untergraben, wenn der Arzt via Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln. Es widerspricht der ärztlichen Ethik, wenn sich die Ärztin oder der Arzt nicht mehr unabhängig für eine nach sorgfältiger Evaluation aller Gegebenheiten individuell abgestimmte, möglichst optimale Behandlung seiner Patienten oder seines Patienten einsetzen kann.

Wir ersuchen Sie dringend, die Vorlage abzulehnen und zu beantragen, diese grundlegend zu überarbeiten.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Heidi Jörimann
Präsidentin BüAeV



RA Marc Tomaschett
Geschäftsführer BüAeV

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Barbara Büggeln

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Bärenfelserstrasse 40, 4057 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 0788405132

E-Mail : dr.bueggeln@web.de

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Sehr geehrte Damen und Herren,

als niedergelassene Psychiaterin, möchte ich Ihnen meine Kritikpunkte, die auch denen der FMPP entsprechen, am Kostendämpfungsgesetz darlegen. Mit diesem Gesetz bahnen sie eine Entwicklung, die sich immer mehr der Situation in Deutschland angleichen wird. Die therapeutische Beziehung zum Patienten halte ich für einen zentralen Punkt bei einer erfolgreichen psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung. Das in der Schweiz die Situation besteht, dass ich den Spielraum eingeräumt bekomme, dem Patienten die Zeit zu geben eine therapeutische Beziehung aufzubauen, die er benötigt, um sich auf eine leitliniengerechte Therapie einzulassen, halte ich für eine grosse Errungenschaft. In dem jetzt geplanten Gesetzentwurf werden Instrumente eingeführt, die zur Folge haben, dass die niedergelassenen Ärzte ihre Therapie zunehmend nicht mehr an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten ausrichten werden, sondern an ökonomischen Zwängen. Für einen ambulanten Psychiater heisst das, er wird möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit abwickeln. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung hat aber durchaus mit der vorhandenen Zeit zu tun. Ein Patient, der sich bei seinem ambulanten Arzt nicht verstanden und aufgehoben führt, wird wesentlich weniger compliant sein, häufig den Arzt wechseln und wahrscheinlich häufiger stationär behandelt werden oder sich gar nicht behandeln lassen, so dass vielleicht ein anderer Kostenträger zuständig sein wird, aber Gesamtgesellschaftlich die finanziellen Kosten höher sein werden. Da ich das deutsche System kenne, weiss ich, dass die ambulante psychiatrische Versorgung dort schlechter ist.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. Barbara Büggeln

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **4**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **6**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
BÜGGELN	Ich spreche mich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits in Deutschland begangen wurden.
BÜGGELN	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
BÜGGELN	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
BÜGGELN	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
BÜGGELN	Ich wehre mich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
BÜGGELN	21	2	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21	IC wehre sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Ich bin der Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

BÜGGELN	32	3	Art. 32, Abs. 3	Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden.	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
BÜGGELN	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung	

				der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
BÜGGELN	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
BÜGGELN	40a-d	Alles streichen	Art. 40a-40d	Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und**	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				Patienten erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies	

				beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
BÜGGELN	41	1-4	Anpassen analog 40	Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der	Analog 40a-d anzupassen.

				Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	
BÜGGELN	41a	1-4	streichen	Bisherigen Art. 41a beibehalten	Analog 40a-d anzupassen.
BÜGGELN	41b	streichen	streichen		Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
BÜGGELN	42	3ter	Satz 1+2 streichen	Es dürfte immer noch Mitglieder der BÜGGELN geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
BÜGGELN	48a	1,2	streichen	Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
BÜGGELN	54a-e	1-4	streichen	Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil:	Streichung von Art. 54a-e-

				- sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit	

				faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : Dr. med. Carola Schillinger, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse : Habsburgerstrasse 15, 4055 Basel

Telefon : 061 383 74 74

E-Mail : praxis.schillinger@bluewin.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr. med. Carola Schillinger	Ich spreche mich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
Dr. med. Carola Schillinger	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
Dr. med. Carola Schillinger	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
Dr. med. Carola Schillinger	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
Dr. med. Carola	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

Schillinger	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft. Wir sehen in England, wo dies hinführt!!!

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr. med. Carola Schillinger	21	2		Ich wehre mich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Ich bin der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

Dr. med. Carola Schillinger	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
Dr. med. Carola Schillinger	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
Dr. med. Carola Schillinger	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
Dr. med. Carola Schillinger	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. **Das bedeutet, die Erstberatungsstelle wird für nicht erbrachte Leistung mit einer Pauschale bezahlt. Das erhöht die Kosten!!!** -	

				Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
Dr. med. Carola Schillinger	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.

Dr. med. Carola Schillinger	41a				Analog 40a-d anzupassen.
Dr. med. Carola Schillinger	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
Dr. med. Carola Schillinger	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
Dr. med. Carola Schillinger	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
Dr. med. Carola Schillinger	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je	Streichung von Art. 54a-e-

				Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das	

				Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : ChiroSuisse

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Sulgenauweg 38

Kontaktperson : Sabine Schläppi

Telefon : 031 371 03 01

E-Mail : sabine.schlaeppi@chirosuisse.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 9

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 10

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ChiroSuisse	Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 19. November 2020 eröffnet und unsere Organisation zur Stellungnahme eingeladen. Wir danken für die Gelegenheit und lassen Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen. I. Vorbemerkungen Einleitend möchten wir festhalten, dass wir Steuerungsmassnahmen, welche ohne massgebliche Qualitätseinbussen eine Kostendämpfung herbeiführen, befürworten. Aus unserer Sicht führen aber etliche der vorgeschlagenen Massnahmen zu kritischen Qualitätseinbussen bei fraglichem Effekt auf die Kostendämpfung. Im Rahmen unserer Ausführungen zur Vorlage im Detail beschränken wir uns auf jene Punkte, welche die ambulanten Leistungen betreffen. Insbesondere jene, die im Zusammenhang mit der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden stehen. Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sind hochqualifizierte Medizinalpersonen gemäss MedBG, die sich in erster Linie um Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden kümmern. Also um eine Patientengruppe, die ausgesprochen hohe Kosten verursacht. Insbesondere bei Patienten mit Rückenschmerzen klafft eine grosse Lücke zwischen international anerkannten Behandlungsrichtlinien und gängigen Behandlungspfaden. Wir sehen hier ein enormes Einsparpotenzial. Mit ihrem Fachwissen in diesem Bereich können Chiropraktorinnen und Chiropraktoren einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssteigerung und Kostendämpfung leisten. Dies setzt allerdings voraus, dass sie systematisch in die Versorgungskette mit einbezogen, und dadurch auch in die Pflicht genommen werden.
	1. ***Zielvorgabe Kostenentwicklung*** Mit der Festlegung eines nationalen Gesamtkostenziels versucht der Bundesrat dem Kostenwachstum eine Obergrenze zu setzen. Das Ziel soll sich

	an der medizinisch und ökonomisch begründbaren Mengen- und Preisentwicklung orientieren. Bei diesem Ansatz wird vorausgesetzt, dass es sich bei den heutigen Leistungsmengen um eine zweckmässige und effiziente Versorgung handelt. Im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen gibt es aber begründete Zweifel daran, ob die aktuelle Versorgung bedarfsgerecht ist.[1] In seiner Antwort auf die Interpellation 20.3058 weist der Bundesrat darauf hin, dass bei muskuloskelettalen Erkrankungen „keine Daten zur Versorgungssituation und allfälligem Verbesserungspotenzial“ bestehen. Chiropraktorinnen und Chiropraktoren erbringen nachweislich kostengünstige und wirksame Leistungen in der Diagnostik und Behandlung von muskuloskelettalen Beschwerden.[2] ChiroSuisse möchte demnach anregen, dass für den Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen zeitnah die notwendigen Daten beschafft werden. Nur so kann dieser volkswirtschaftlich so bedeutsame Teilbereich des Gesundheitswesens (6-12 Mia indirekte Kosten, 9 Mia direkte Kosten[3]) konsequent nach WZW-Kriterien gesteuert werden. Wir sind gerne bereit, bei der dringend notwendigen Datenbeschaffung mitzuwirken. Die Einführung einer Vorgabe (Plafonierung) zur Erreichung des Kostenziels hat die Rationierung der Leistungen zur Folge. Dies steht im krassen Gegensatz zu den Grundprinzipien eines sozialen und gerechten Gesundheitswesens. Zudem erachten wir die Einführung einer Rationierung von Gesundheitsleistungen als Widerspruch zu den WZW-Kriterien und sehen darin eine Gefährdung sowohl der Behandlungsqualität als auch der Patientensicherheit. Dass die Einführung von Globalbudgets keine positiven Effekte auf die Kostenentwicklung hat, zeigt die Situation in den Kantonen Waadt und Genf. Erhoffte Einsparungen werden nicht erreicht und gesetzlich versicherte Patienten müssen über Monate auf ihren Termin warten. Wer über genügend finanzielle Mittel verfügt, kann das System umgehen und sich direkt an die Leistungserbringer wenden. Dadurch besteht die Gefahr der Entwicklung eines Zwei-Klassen-Gesundheitssystems. **Aus diesen Gründen lehnen wir ein staatlich gesteuertes Globalbudget im ambulanten Bereich entschieden ab.**

[1] Ebd.

[2] Houweling TAW, Braga AV, Hausheer T, Vogelsang M, Peterson C, Humphreys BK. First-contact care with a medical vs chiropractic provider after consultation with a Swiss telemedicine provider: comparison of outcomes, patient satisfaction, and health care costs in spinal, hip, and shoulder pain patients. J Manipulative Physiol Ther. 2015;38(7):477-483.

[3] Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. 2016.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
ChiroSuisse	40		a	***2. Einführung Erstberatungsstelle*** Die Einführung einer Erstberatungsstelle, wie sie im Entwurf beschrieben wird, soll die Grundversorgung stärken. Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Idee der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme insbesondere für Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden in die falsche Richtung: 70 Prozent der Versicherten haben bereits heute ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Der Erfolg dieser Versicherungsmodelle basiert nur auf der Freiwilligkeit und dem finanziellen Anreiz. Die Managed Care Vorlage wurde 2012 vom Stimmvolk klar abgelehnt. Dieser Volkswille muss respektiert werden. Die Möglichkeit der freien Arzt- und Chiropraktorenwahl muss erhalten bleiben. Eine 2011-2013 in der Schweiz durchgeführte Studie kommt zum Schluss, dass Patientinnen und Patienten, die bei Beschwerden am Bewegungsapparat initial den Chiropraktor oder die Chiropraktorin konsultierten, zufriedener waren und auch	**Nicht ausgeschlossen wäre unsere Zustimmung, wenn Chiropraktorinnen und Chiropraktoren in die Erstberatung und Triage, insbesondere von Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerdebildern, mit einbezogen würden.** Dies könnte z.B. durch folgende Ergänzung von Art. 40a, Absatz 3 erfolgen: d. Chiropraktorinnen und Chiropraktoren (bei Beschwerden des Bewegungsapparates)

				weniger Kosten verursachten als jene, die initial den Hausarzt oder die Hausärztin konsultierten.[4] Grosse Krankenkassen zeigen sich aufgrund von Analysen ihrer Leistungsdaten inzwischen interessiert, gemeinsam mit ChiroSuisse die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit von chiropraktischen Dienestleistungen im Vergleich zu anderen Behandlungspfaden weiter zu untersuchen.[5] Derzeit werden zu diesem Zweck sowohl retrospektive als auch prospektive Studien vorangetrieben. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle, wie sie im Gesetzesentwurf vorgesehen ist, würde diesen zweckmässigen und kostengünstigen Behandlungspfad via Chiropraktor verunmöglichen. Dies läuft dem erklärten Ziel der geplanten gesetzlichen Massnahmen diametral zuwider. **Wir lehnen insbesondere aus diesem Grund die Erstberatungsstelle in der vorgesehenen Form ab.**	
	36	3	b	3. Stärkung koordinierte Versorgung ChiroSuisse begrüsst die Stärkung der koordinierten Versorgung durch die gesetzliche Verankerung von Netzwerken wie sie schon heute bestehen. Alle Berufsgruppen müssen entsprechend ihren Qualifikationen dort mit einbezogen werden, wo sie einen wesentlichen Beitrag an eine qualitativ hochstehende Versorgung leisten können. Wie bereits weiter oben ausgeführt, sind Chiropraktorinnen und Chiropraktoren hoch qualifizierte	Wir schlagen folgende Ergänzung von Absatz 3, Art. 36b vor: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, bzw. den Chiropraktor oder die Chiropraktorin, der oder die das Netzwerk leitet.

[4] Houweling et al.
[5] Brief Helsana, Beilage

				Medizinalpersonen, wenn es um die Diagnostik, Triage und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerdebildern geht. Sie müssen zwingend in geplante Versorgungsnetzwerke mit einbezogen werden und solche Netzwerke auch leiten dürfen. Wir schlagen folgende Ergänzung von Absatz 3, Art. 36b vor: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, bzw. den Chiropraktor oder die Chiropraktorin, der oder die das Netzwerk leitet. Wir vertreten aber auch die Ansicht, dass einzelne Gesundheitsfachpersonen weiterhin die Wahl haben müssen, ob sie sich einem Netzwerk anschließen wollen oder nicht.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

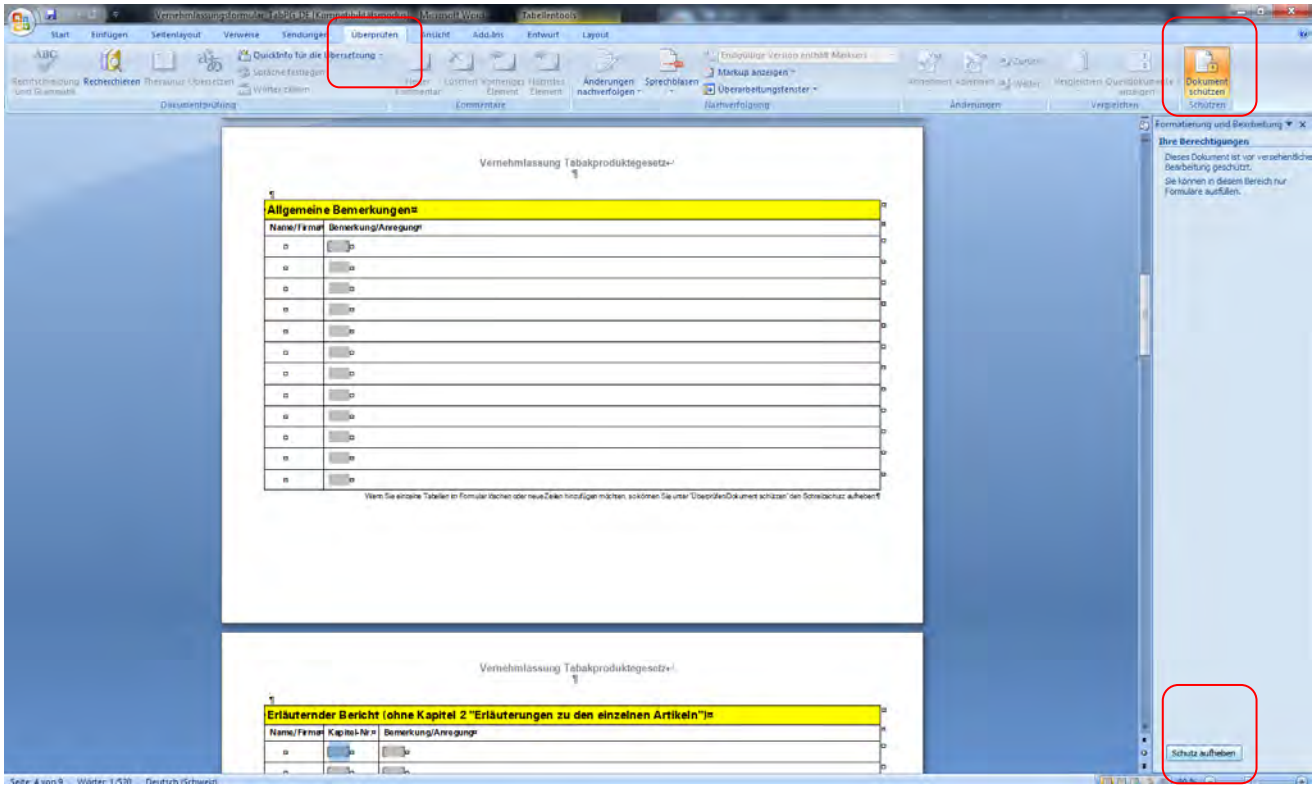
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

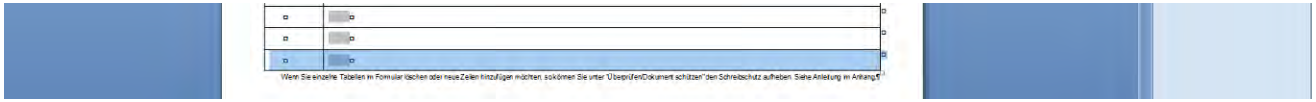
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



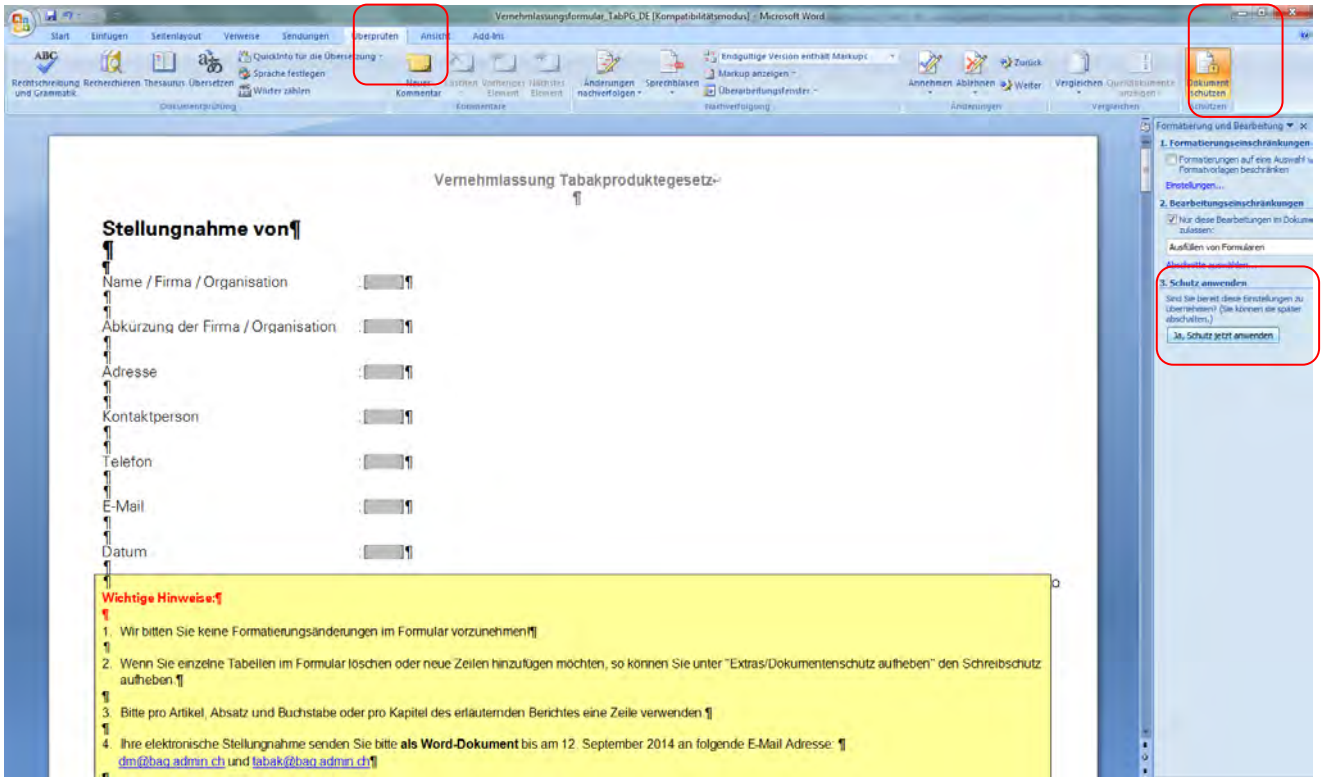
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Christine Glauser, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : ChGl

Adresse : Praxis, Bärenfelserstrasse 40, 4057 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Christine Glauser

Telefon : 061 692 19 50

E-Mail : christine.glauser@hin.ch

Datum : 13. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ChGl	ChGl spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
ChGl	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
ChGl	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
ChGl	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
ChGl	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
ChGl	21	2		ChGl wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

ChGl	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
ChGl	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
ChGl	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
ChGl	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
ChGl	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
ChGl	41a				Analog 40a-d anzupassen.
ChGl	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

ChGl	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
ChGl	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
ChGl	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

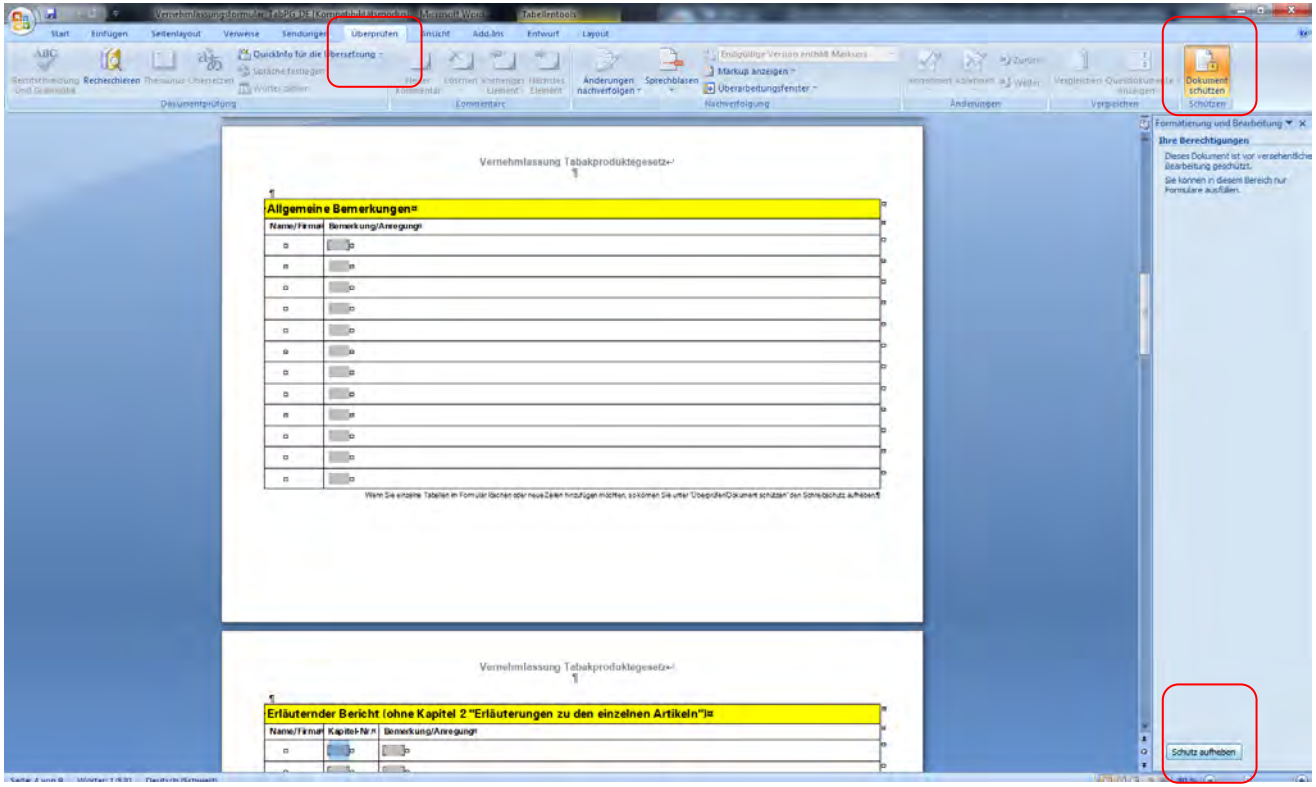
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

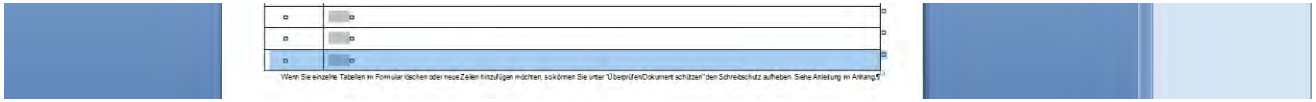
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



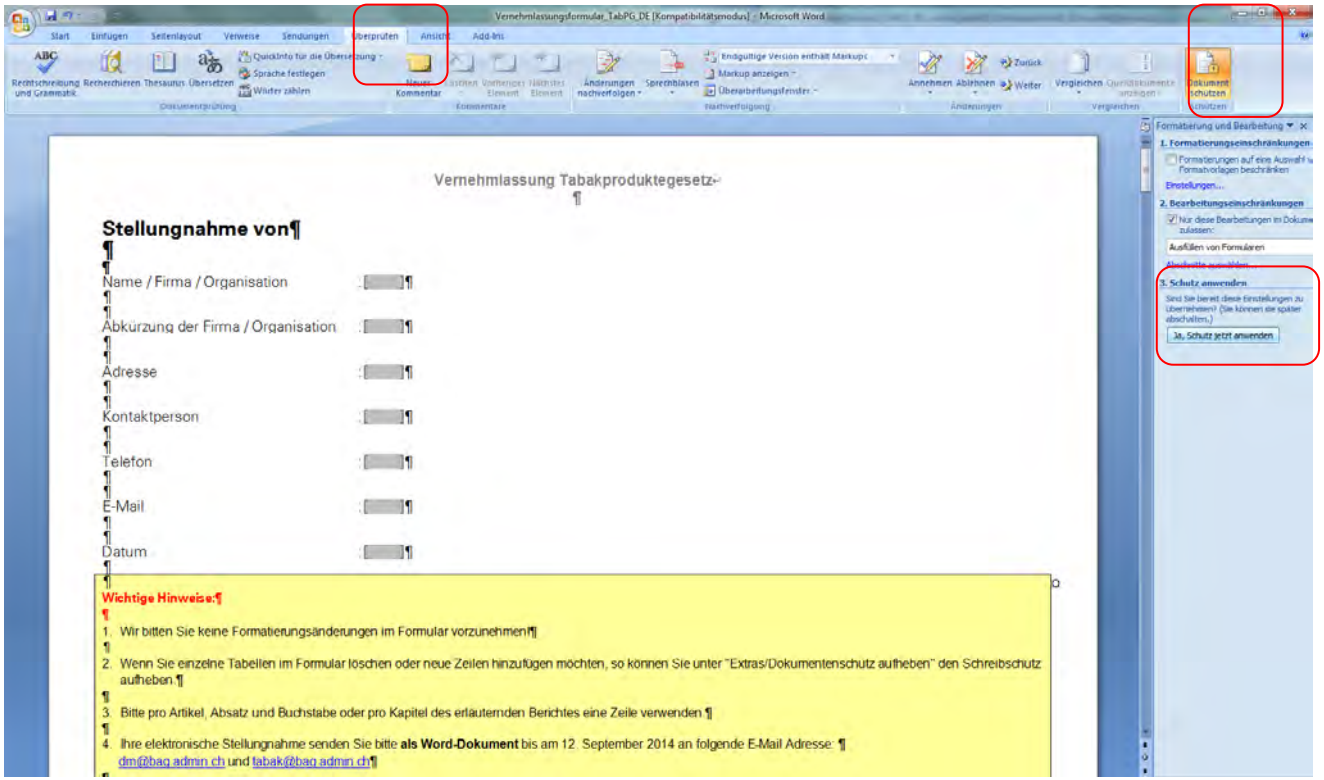
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Christine Zinkernagel

Abkürzung der Firma / Organisation : CZ

Adresse : Therwilerstrasse 3, 4054 Basel

Kontaktperson : Dr. med. C. Zinkernagel

Telefon : 079 659 02 88

E-Mail : czinkernagel@hin.ch

Datum : 16. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
CZ	CZ spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
CZ	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
CZ	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
CZ	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
CZ	CZ wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
CZ	21	2		CZ wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. CZ ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

CZ	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
CZ	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
CZ	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
CZ	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
CZ	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
CZ	41a				Analog 40a-d anzupassen.
CZ	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

CZ	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
CZ	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
CZ	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Christoph Alber, Psychiatrie und Psychotherapie, speziell Alterspsychiatrie und -psychotherapie FMH

Abkürzung der Firma / Organisation : -

Adresse : Bärenfelserstr, 40, 4057 Basel

Kontaktperson : Dr. Christoph Alber

Telefon : 061 681 45 22

E-Mail : christoph.alber@hin.ch

Datum : 06. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren
Mit den geplanten Änderungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) würde erneut viel Geld für Administratives, für Kontrolle ausgegeben, parallel aber die Wirkmöglichkeit vieler engagierter Ärztinnen und Ärzte eingeschränkt. Es ist unbestritten, dass viele KollegInnen auch Leistungen erbringen, die nicht immer zweifelsfrei indiziert sind, ebenso werden auch einige überhöhte Rechnungen erstellen. Dies wird sich aber nicht signifikant ändern lassen durch die vorgesehenen Gesetzesänderungen. Es würden dann einfach mehr gesunde Menschen behandelt, so, dass die Bezahlung funktioniert, und keine Unbill droht. Auf der Strecke blieben aber all jene, die komplex erkrankt sind, oder die eine Krankheit haben, die sich unter den neuen Bedingungen finanziell nicht zu behandeln lohnt. Bestehenden Missbrauch weiter reduzieren zu wollen wird nicht zu einem vernünftigen Preis (pekuniär, sozial, ethisch) zu erreichen sein. Strafen Sie nicht die Schwächsten unter den PatientInnen und eine redliche Mehrheit der Ärzteschaft, um einen mit demokratischen Mitteln in unserem sozialen Konsumismus-System nicht weiter einzugrenzenden Missbrauch loswerden zu wollen.

Ich schliesse mich in folgenden Punkten dem Argumentarium der FMPP an, bei der ich Mitglied bin:

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen.

	Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten <u>in aggregierter Form</u> enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine <u>staatliche Zwangs-Zugangssteuerung</u> zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Mit freundlichen Grüssen, Christoph Alber

Dr. med. Christoph Alber
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH,
speziell Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie
Bärenfelserstr. 40
4057 Basel
T 061 681 45 22 F 061 692 75 46 christoph.alber@hin.ch

Stellungnahme von

Dr. med. Clarissa Huber

Skinworld AG

Schanzenstrasse 1, 3008 Bern

031 382 88 82

clarissahuber@bluewin.ch

7.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Ich verweise Sie diesbezüglich auf die detaillierten Positionsbezüge meiner Fachschaft SGDV: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter

	Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können meiner Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.

	Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Ich bitte Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanke mich für den gebührenden Einbezug der Argumente und Forderungen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»*~~: Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»*~~: Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	

	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	

	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt.	

				Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Praxis Dr. med. Claudia Maus	:
Abkürzung der Firma / Organisation	:
Bahnhofstr. 5, 8953 Dietikon	:
Dr. med. Claudia Maus	:
044 744 50 40	:
praxis.maus@bluewin.ch	:
04.11.2020	:

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : CURAVIVA Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Zieglerstrasse 53, 3000 Bern 14

Kontaktperson : Patrick Jecklin, Leiter Public Affairs

Telefon : 031 385 33 37

E-Mail : p.jecklin@curaviva.ch

Datum : 12.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **4**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	CURAVIVA Schweiz begrüsst Ziel des Bundesrates, die Prämienbelastung für die Schweizer Bevölkerung zu mildern. Deshalb ist der Branchenverband mit diesem zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen grundsätzlich einverstanden. Allerdings fällt der Revisionsentwurf insgesamt sehr technisch aus und lässt Ansätze zu einer dringend notwendigen Priorisierung im Gesundheitswesen vermissen. Ob die vorgeschlagenen Massnahmen damit geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen, ist fraglich. Der Bundesrat stellt das gesamte 2. Paket als Gegenvorschlag der CVP-Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» gegenüber. Deshalb fordert CURAVIVA Schweiz, dieses Paket aufzuteilen: Der indirekte Gegenvorschlag soll lediglich die Bestimmungen zum Kostenziel umfassen, die restlichen Bestimmungen sollen in einer separaten Vorlage präsentiert werden. Sinnvolle Neuerungen wie die Netzwerke sollen unabhängig vom Schicksal der Initiative eingeführt werden. Die Vorlage betrifft die stationäre Langzeitpflege nicht im selben Ausmass wie das 1. Massnahmenpaket, weshalb CURAVIVA Schweiz sich bei der Stellungnahme auf die für die stationäre Langzeitpflege zentralen Bestimmungen beschränkt. Generell ist anzumerken, dass in den vorgesehenen Massnahmen sowohl ambulante Spitex als auch Alters- und Pflegeheime kaum beachtet werden, weil Korrekturen hauptsächlich über Tarifverträge vorgesehen sind – welche für diese beiden Leistungserbringer nicht existieren. Dies ist aus unserer Sicht zu begrüssen, weil gerade in der ambulanten und vor allem der stationären Langzeitpflege kaum Sparpotential besteht, macht doch dieser Leistungsbereich trotz der vielen gepflegten Personen nicht einmal 10% der OKP-Kosten aus. Sparmassnahmen müssen deshalb auf Bereiche mit Überversorgung und Ineffizienz fokussieren, besonders auf die kostenintensiven. Schliesslich bestehen Befürchtungen, dass zusätzliche neue und sinnvolle Pflegeleistungen wie Palliative Care oder Demenzpflege nicht mehr aufgenommen bzw. gemäss ihrer Bedeutung berücksichtigt werden können. Denn: mit der demographischen Entwicklung wird geriatrische Pflege zunehmend bedeutender, und eine Art «Kostendeckel» droht diesen notwendigen Leistungsausbau abzuwürgen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
CURAVIVA Schweiz	32	3		CURAVIVA Schweiz begrüsst die differenzierte WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG. Die periodische Überprüfung von medizinischen Leistungen nach den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erachten wir als wesentliches Instrument zur Steuerung der Kosten, sie müssten in vielen Bereichen einfach noch inhaltlich präzisiert werden. Wichtig ist, dass die Erkenntnisse aus diesen periodischen Überprüfungen auch zu den notwendigen Entscheiden führen, besonders in den kostenintensiven Bereichen. Erst dann kann die Massnahme ihre kostendämpfende Wirkung entfalten.	
CURAVIVA Schweiz	36b	1	a	CURAVIVA Schweiz begrüsst die vorgesehenen Netzwerke der koordinierten Versorgung und damit die medizinische Betreuung aus einer Hand. Sie ist im Sinne des Wohn- und Pflegemodells von CURAVIVA Schweiz, welches ebenfalls vorsieht, dass die für die Betroffenen notwendigen Dienstleistungen als Netzwerk vorhanden sind. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass in der betreffenden Bestimmung das Netzwerk als Einrichtung definiert wird, die Leistungen ambulant erbringt: Dies widerspricht der Entwicklung, dass ambulante und stationäre Pflegeleistungen immer häufiger aus einer Hand angeboten werden. Die Koordination und Erbringung von stationären Pflegeleistungen müssen vielmehr optional ins Netzwerk integriert werden können. Diese Beschränkung ist aufzuheben.	1 Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die: a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ~~ambulant und~~ koordiniert erbringt; und […]
		3	a bis	CURAVIVA Schweiz erachtet es ferner als nicht zwingend, dass ein Arzt oder eine Ärztin das Netzwerk leiten muss. Diese	Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen:

			e	unnötige Vorgabe ist auf die medizinische Verantwortung zu beschränken. Die Festlegung von Zulassungskriterien je nach Netzwerk ist zielführender und trägt den Besonderheiten der betreffenden Einrichtung besser Rechnung. Bei den Voraussetzungen ist ferner auf lit. e zu verzichten, welche zum einen unnötig Führungsinstrumente vorschreibt und zum anderen Daten für die Tarifierung vorgibt. Weil die OKP bei der stationären und ambulanten Pflege nur Beiträge entrichtet und die Restfinanzierung in der Kompetenz der Kantone ist, muss auf solche nationalen Vorgaben für diese Bereiche verzichtet werden.	a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, *welche/r die medizinische Verantwortung trägt*; […] ~~e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen~~.
CURAVIVA Schweiz	40a	3	b	CURAVIVA Schweiz erachtet die vorgeschlagene Erstberatungsstelle für gesundheitliche Probleme als zielführenden Anreiz, die Prämienbelastung zu senken. Allerdings steht sie in Konflikt mit der freien Arztwahl. Ob der Bundesrat diese beschränken will, ist eine politische Frage. Soll die Erstberatungsstelle eingeführt werden, muss die Bestimmung auch auf die stationäre Langzeitpflege ausgeweitet werden, damit auch Heimärzte in erster Instanz Ansprechpartner sein können. Durch ein koordiniertes Vorgehen über von der Beratungsstelle ausgewählte Ärzte in den Pflegeheimen (analog Spitälern) können im Vergleich zum heute bestehenden Wildwuchs mit teilweise 30-50 Ärzten pro Pflegeheim grosse Fortschritte bezüglich Qualität und Kosten erzielt werden. So würden sich etwa Risiken und Kosten im Bereich der Medikation und der Aufwand zur Koordination senken lassen. Würde das bestehende Modell beibehalten, müssten zumindest diese „Nebenkosten“ der freien Arztwahl fair in die Berechnung des Aufpreises gegenüber HMO-Modellen einfliessen und sich somit die Preisdifferenz vergrössern.	Ergänzung: [b]Einrichtungen, die der ambulanten *und stationären* Krankenpflege…
CURAVIVA Schweiz	42	3ter		Vorbehalte hat CURAVIVA Schweiz gegenüber der elektronischen Rechnungsübermittlung. Diese verursacht für die	Abs. 3ter: Streichung

				Leistungserbringer einen Zusatzaufwand, welcher nach dem heutigen System durch die Kantone/Gemeinden als Restfinanzierer gedeckt werden müsste.	
CURAVIVA Schweiz	54			Wir begrüssen die Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP grundsätzlich. Allerdings muss dabei aus unserer Sicht auch endlich eine Differenzierung vorgenommen werden, Es darf nicht um eine lineare Kürzung sämtlicher medizinischer und pflegerischer Leistungen gehen, vielmehr sollen die Vorgaben spezifisch auch dort greifen, wo Einsparungen sinnvoll und nötig sind, allerdings ohne zu Qualitätseinbussen zu führen. CURAVIVA Schweiz fordert darum klare Kriterien, – die verhindern, dass bei Unterversorgung auch noch Kostenziele erreicht werden müssen, die nur mit Einsparungen zu erreichen sind; – die sicherstellen, dass Kostenziele bei ausgewiesener Überversorgung oder Ineffizienz erreicht werden müssen. Zudem muss klar sein, dass die notwendigen Prozesse zur Erfüllung dieser Zielvorgaben schlank und effizient sind. Zu bemerken ist schliesslich, dass die Folgen für die ambulante und stationäre Pflege nicht klar sind, weil der Fokus auf den Tarifverträgen ist.	Grundlegende Bearbeitung im Sinne der Bemerkungen.
CURAVIVA Schweiz	54e			Die Beratung des Bundesrates durch eine eidgenössische Kommission ist zu begrüssen. Allerdings ist zu bemerken, dass der Bundesrat bereits eine eidgenössische Qualitätskommission, die sich ja um Qualität und Wirtschaftlichkeit kümmert, eingerichtet hat. CURAVIVA Schweiz sieht in zwei Kommissionen eine gewisse Redundanz und vor allem die Gefahr von Zielkonflikten. Zudem führt eine weitere Kommission zu Zusatzaufwänden personeller und finanzieller Art. Der Branchenverband fordert daher, dass eine einzige Kommission sowohl für Qualität als auch	Verzicht auf Art. 54e und Integration in Art. 58 ff. (Eidg. Qualitätskommission).

				Effizienz/Effektivität und Kostendämpfung zuständig ist. Dies würde Konsistenz und ganzheitliche Sicht auf das Gesundheitswesen fördern. Und schliesslich haben Kosten und Qualität einen direkten Zusammenhang, weshalb sich die gesamtheitliche Betrachtung durch ein einziges Gremium aufdrängt.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dachverband Komplementärmedizin

Abkürzung der Firma / Organisation : DAKOMED

Adresse : c/o Köhler, Stüdeli & Partner GmbH

Kontaktperson : Walter Stüdeli

Telefon : 031 560 00 24

E-Mail : walter.stuedeli@dakomed.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Weitere Vorschläge 9

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 10

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
DAKOMED	Einleitend möchte der Dachverband Komplementärmedizin betonen, dass ein Kostensenkungs-Paket, das als Kostendämpfung getarnt ist, keine Aufgabe der Gesundheitspolitik ist. Diese muss sicherstellen, dass flächendeckend OKP-Leistungen angeboten werden und dass die Leistungen effizient erbracht werden. Die Politik hat die Aufgabe, Fehl-, Über- und Unterversorgung zu verhindern und eine gute Behandlungsqualität sicherzustellen. Rationierungen und Einschränkungen des Vertragszwangs – wie sie mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket geschaffen werden, kreieren mehr Probleme als sie lösen. Aufgrund des Verfassungsauftrags BV 118a Komplementärmedizin haben Bund und Kantone auch für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin zu sorgen. Davon ist im vorliegenden Massnahmenpaket nichts zu spüren, obwohl es in der Vorlage «Steilpässe» gäbe, z.B. bei der Erstberatungsstelle und der integrierten Versorgung. Das KVG gibt dem Bundesrat seit 1994 den Auftrag, die Leistungen der Grundversicherung bezüglich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit periodisch zu überprüfen. Weil Outcome-Messungen im ambulanten Bereich weitgehend fehlen, ist eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit aktuell gar nicht möglich. Wir hoffen, dass die Umsetzung der Vorlage KVG Qualität und Wirtschaftlichkeit die Gesundheitsversorgung einen Schritt weiterbringt. Generell erachten wir den Zeitpunkt für ein reines Kostensenkungsprogramm als verfrüht, zumal die Datengrundlage für eine Beurteilung ungenügend ist. Der Dachverband Komplementärmedizin hat geprüft, ob die Vorlage geeignet ist, die Komplementärmedizin besser im Gesundheitswesen zu verankern oder ob das Gegenteil eintreten wird. Der Dakomed hat generelle Bedenken. Aufgrund derer beschränken wir uns bei unserer Eingabe auf generelle Analysen pro Massnahme und verzichten auf Detailkommentare der Gesetzesvorschläge. Aufgabe des Dachverbands Komplementärmedizin ist es, für eine bessere Verankerung der Komplementärmedizin im Gesundheitswesen zu sorgen. Der Dachverband Komplementärmedizin setzt sich für ein integrative Medizin ein, welche die Vorteile der Schul- und der Komplementärmedizin miteinander verbindet. Dies ist im Interesse der vielen Patient*innen, welche komplementärmedizinische Behandlungen explizit wünschen und diese vorbehaltlos und mit guter Wirkung nutzen.
DAKOMED	**Kostenziele: Ablehnung** Die jährliche Festlegung eines nationales Gesamtkostenziels sowie kantonaler ambulanter und stationärer Kostenziele entspricht de facto einem Globalbudget. Damit wird die Versorgung nicht verbessert, höchstens verschleppt oder verschlechtert. Eine Rationierung von Leistungen auf Kosten der Patient*innen lehnen wir ab. Ungelöst ist die Frage, was in der zweiten Jahreshälfte passiert, wenn ein Hausarzt oder eine Hausärztin das Kostenziel erreicht oder überschritten hat. Sind ihre Patienten gezwungen, mit der Behandlung zuzuwarten oder müssen sie gegebenenfalls einen anderen Arzt aufsuchen? In der

	Komplementärmedizin ist das Arzt-Patientenverhältnis zentral. Müssen die Leistungen auf mehrere Leistungserbringer verteilt werden, so sinkt die Beziehungsqualität und der Koordinationsaufwand steigt. Der bundesrätliche Vorschlag, wonach die Tarifpartner bei Kostenüberschreitungen die Tarife senken, widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Werden die Leistungen wirtschaftlich erbracht, so sind Tarifanpassungen abzulehnen, welche Kostensenkungen als einziges Ziel haben.
DAKOMED	**Erstberatungsstelle: Ablehnung** Wir lehnen die Verpflichtung zu einer Erstberatungsstelle, die von einer Hausärztin / einem Hausarzt übernommen werden muss, ab. Erstens wird die Verpflichtung der Tatsache nicht gerecht, dass sich bereits 70 Prozent aller Versicherten für ein alternatives Versicherungsmodell mit einem Triagemechanismus entschieden haben. Es wäre falsch, ein bewährtes System für 30 Prozent aller Grundversicherer umzuwälzen. Wir könnten das Modell unterstützen, wenn die Erstberatung im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht nur von ärztlichen Grundversorgern übernommen werden könnte. Aus unserer Sicht ist es nicht notwendig, dass immer eine Ärztin oder ein Arzt die Erstberatung übernehmen muss. In integrierten, interprofessionell arbeitenden Netzwerken können weitere Gesundheitsfachpersonen diese Aufgabe übernehmen. Wir denken hier an Naturheilpraktiker*innen mit eidgenössisch anerkanntem Diplom, an Apotheker*innen (idealerweise mit Zusatzausbildung in Methoden der Komplementärmedizin), Drogist*innen oder Advanced Practice Nurses APN. Die erstgenannten Berufsgruppen übernehmen de facto schon heute Aufgaben der Grundversorgung. Sie in Netzwerken besser einzubinden und zur Erstberatung zuzulassen, könnte einen effektiven Beitrag an eineKostendämpfung bringen. Wir möchten betonen, dass komplementärmedizinisch tätige Hausärzt*innen schon heute de facto die Aufgabe der Erstberatungsstelle übernehmen. Seit längerem ist die Nachfrage an ärztlicher Komplementärmedizin höher als das Angebot. Entsprechend können viele Anbieter keine neuen Patienten aufnehmen, teilweise führen sie Wartelisten. Aus diesem Grund ist es für komplementärmedizinisch tätige Ärzt*innen kaum erstrebenswert, die zusätzliche Aufgabe der Erstberatung für alle Patienten zu übernehmen, welche die Komplementärpraxis unabhängig davon wählen, ob sie bereits Patient sind oder nicht. Der bundesrätliche Vorschlag führt für Patient*innen, deren Leistungserbringer keine Erstberatung übernehmen können, zur Aufhebung des Vertragszwangs. Zu vermuten ist auch, dass die Pauschaltarife gegen das Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung verstossen. Es werden Anreize geschaffen, die Patient*innen möglichst rasch «abzufertigen», was dem Wesen der Komplementärmedizin widerspricht und dem Outcome schadet.
DAKOMED	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Ablehnung mit Vorbehalt** Der Dachverband Komplementärmedizin unterstützt im Grundsatz die Bildung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Sie bilden eine Chance, die interprofessionellen Skills verschiedener Fachrichtungen zu Gunsten der Patient*innen besser einzusetzen. Der Vorschlag, wonach die Netzwerke eigenständige Leistungserbringer werden und über Pauschalen abrechnen, die für alle Netzwerke gleich

	sind, lehnen wir aber ab. Die vorgeschlagenen Betriebsauflagen schränken die Freiheiten der Netzwerke stark ein und müssen als innovationshemmend eingestuft werden. Auch die national einheitliche Regulierung durch die Tarifpartner könnte investitions- und innovationshemmend wirken. Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den Freiheiten der Vertragspartner, individuelle Verträge zwischen Netzwerken und Versicherungen abzuschliessen. Diese Freiheiten werden mit dem Vorschlag unnötig eingeschränkt.
DAKOMED	**Programme der Patientenversorgung: Ablehnung mit Vorbehalt** Bei den Programmen zur Patientenversorgung ist aus unserer Sicht unklar, ob immer Ärztinnen und Ärzte die Leitung haben und entsprechend die Verantwortung für die Leistungen übernehmen. In den Erläuterungen steht: «Andere spezifische Programmleistungen können von nicht-ärztlichen Leistungserbringern nach KVG erbracht werden, ohne dass diese Leistungen im konkreten Einzelfall ärztlich angeordnet werden müssen.» Wir sind im Grundsatz einverstanden, dass ausgewählte Programmleistungen von nicht-ärztlichen Leistungserbringern wie Naturheilpraktiker*innen mit eidgenössischem Diplom oder Apotheker*innen erbracht werden können. Vorgängig ist aber festzulegen, wer die Verantwortung für die Leistungen übernimmt. Auch sicherzustellen ist, dass in der Krankengeschichte alle Programmleistungen inklusive der ausführenden Fachperson in der elektronischen Krankengeschichte erfasst werden, die von allen am Behandlungsprozess involvierten Gesundheitsfachpersonen geteilt wird.
DAKOMED	**Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung: Ablehnung** Der KVG-Auftrag nach einer periodischen Überprüfung der Leistungen wurde seit der Einführung des KVG nie systematisch umgesetzt. Der neue Zusatz bringt keinen Mehrwert, wonach der Bundesrat die Einzelheiten der periodischen Überprüfung regelt, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Der Bundesrat hat diese Kompetenzen schon heute, er hat aber in der Vergangenheit nicht davon Gebrauch gemacht, was vom Parlament geduldet wurde. Falls Artikel 32 geändert werden soll, dann hat der Gesetzgeber die Inhalte der delegierten Materie und die Häufigkeit der Überprüfungen auf Stufe Gesetz festzulegen.
DAKOMED	**Preismodelle und Rückerstattungen / Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen: Ablehnung** Gemäss Erläuterungen des BAG sollen Preismodelle mit Rückerstattungen auf den Preis, auf das Umsatzvolumen oder aufgrund der (fehlenden) Wirkung festgelegt werden. Dies wird aber aus dem Gesetzesvorschlag nicht ersichtlich, da dieser eine weitgehende Delegationsnorm an den Bundesrat schafft. Der Vorschlag der Preismodelle und Rückerstattungen ist abzulehnen, weil der Mechanismus vom Gesetz her intransparent ist und durch den vorgeschlagenen Verzicht auf das Öffentlichkeitsgesetz auch intransparent bleiben soll. Verzichtet man bewusst auf Schaufensterpreise, so kann die Öffentlichkeit die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittel nicht beurteilen.

	Eine rechtliche Ungleichbehandlung von bewährten, traditionell eingesetzten tiefpreisigen Arzneimittel mit teuren, innovativen Arzneimitteln mit unbekanntem Outcome, ist abzulehnen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

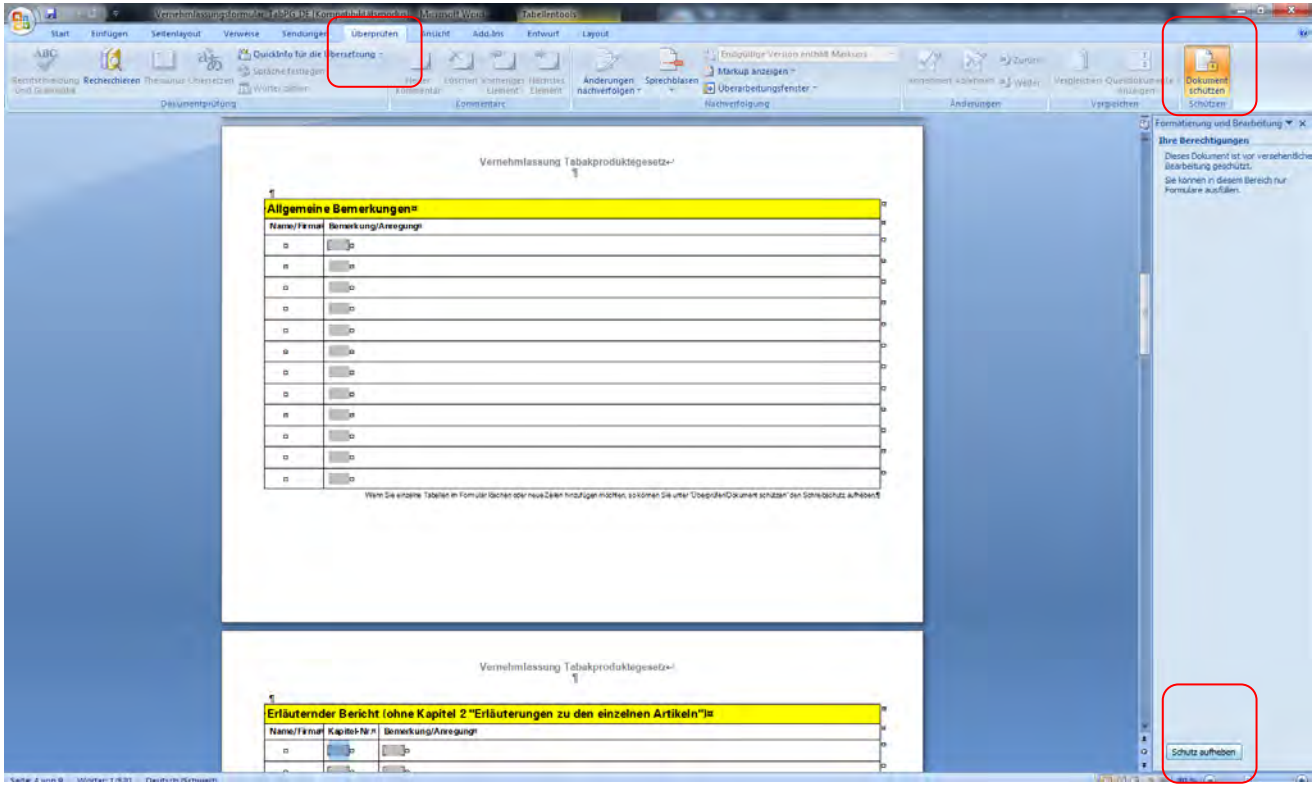
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

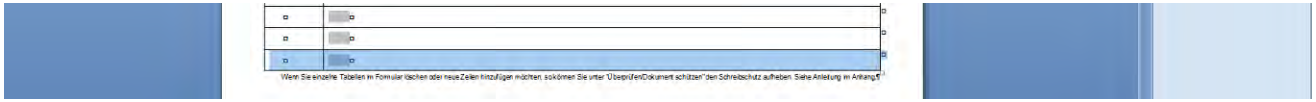
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



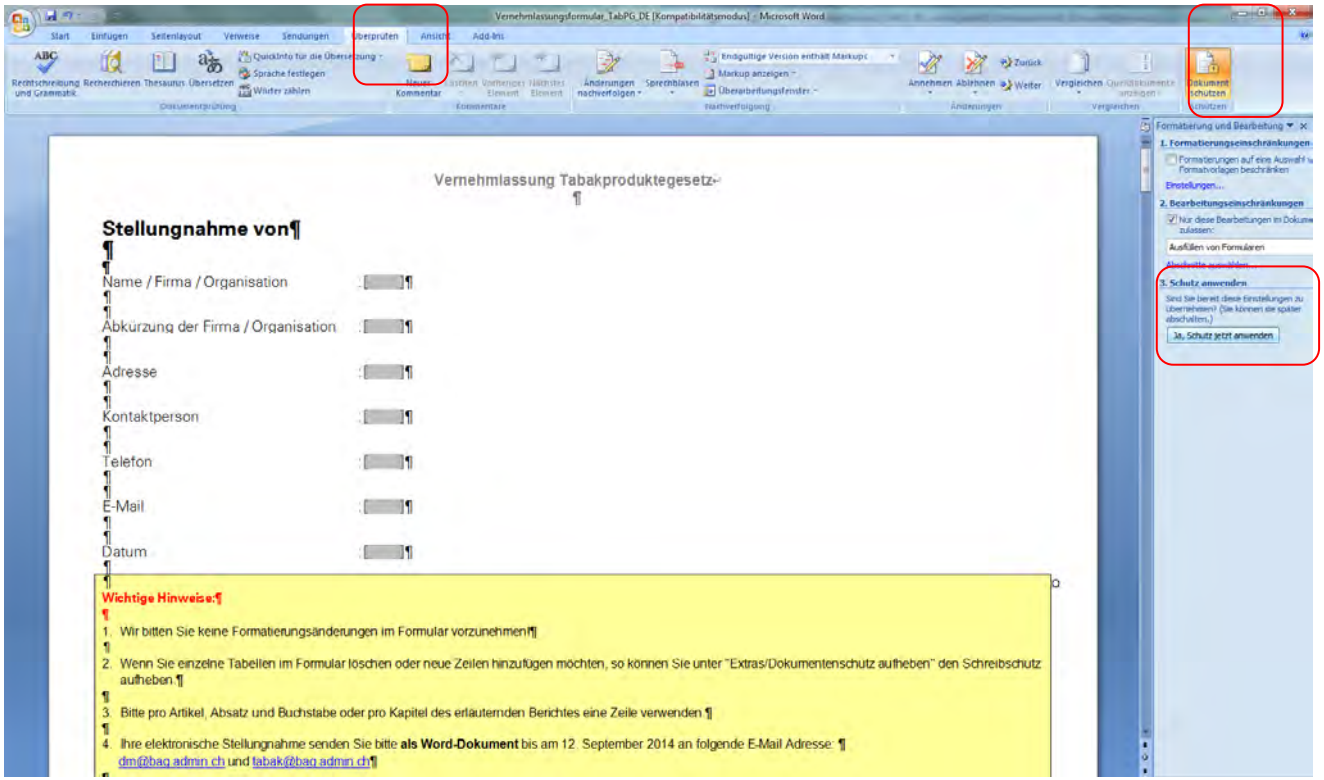
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Daniel Barth, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie, SGPsa Psychoanalytiker

Abkürzung der Firma / Organisation : DBB

Adresse : Parkstrasse 5, 4102 Binningen

Kontaktperson : Dr. Daniel Barth,

Telefon : 061 422 00 21

E-Mail : Daniel@Barth.net

Datum : 18.11.20

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
DBB	DBB spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
DBB	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
DBB	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
DBB	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
DBB	DBB wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
DBB	21	2		DBB wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. DBB ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

DBB	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
DBB	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
DBB	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
DBB	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
DBB	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
DBB	41a				Analog 40a-d anzupassen.
DBB	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

DBB	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der Ärzteschaft geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
DBB	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
DBB	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Hautarztpraxis Arlesheim, Dr. med. Daniela Stauffer
Abkürzung der Firma / Organisation	:
Adresse	: Neumattstrasse 4, 4144 Arlesheim
Kontaktperson	: Dr. med. Daniela Stauffer
Telefon	: 061 702 07 70
E-Mail	: d.stauffer@hin.ch
Datum	: 21.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 7

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr. med. Daniela Stauffer	Ich - Dr. med. Daniela Stauffer - bin Mitglied der Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV), Die SGDV ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Ich und die SGDV setzen sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachspezialistin der Dermatologie, und somit gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärztin trage ich tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können, die ich ebenfalls unterstütze. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich diesbezüglich auf detaillierten Positionsbezüge der SGDV: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen

	anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

- **Massnahmen müssen Qualität fördern**
  Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.
  Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung.

- **Kostendämpfung findet statt**
  Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet.

- **Kompetenzen-Wirrwarr**
  Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen.

- **Vage Schätzungen taugen nicht**
  Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der

	geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr. med. Daniela Stauffer	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dr. med. Daniela Stauffer	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dr. med. Daniela Stauffer	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dr. med. Daniela Stauffer	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dr. med. Daniela Stauffer	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dr. med. Daniela Stauffer	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dr. med. Daniela Stauffer	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dr. med. Daniela Stauffer	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dr. med. Daniela Stauffer	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dr. med. Daniela Stauffer	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dr. med. Daniela Stauffer	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dr. med. Daniela Stauffer	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Dr. med. Daniela Stauffer	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dr. med. Daniela Stauffer	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dr. med. Daniela Stauffer	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dr. med. Daniela Stauffer	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dr. med. Daniela Stauffer	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dr. med. Daniela Stauffer	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Studio medico Dr. Med. Davide Donghi
Abkürzung der Firma / Organisation	: DD
Adresse	: Viale Officina 7, 6500 Bellinzona
Kontaktperson	: Dr. Med. Davide Donghi
Telefon	: 091 640 24 20
E-Mail	: donghi@centromedico.ch

Datum	: 23.10.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Wir lehnen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

	- **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die Praxis Dr. Donghi lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die Praxis Dr. Donghi erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.

	Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21			Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
	36b	3	b	Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die Praxis Dr. Donghi kategorisch ab.	
	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten	

				gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die Praxis Dr. Donghi lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des	

				Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	

	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Error! Reference source not found.			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Decamed Haut- und Laserzentrum, Valérie Enderlin

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : xxxxxxxxxx

Kontaktperson : xxxxxxxxxxx

Telefon : xxxxxxxxxx

E-Mail : xxxxxxxxxx

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Weitere Vorschläge 11

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Dermatologische Praxis xxxxx	Als Facharzt Fachärztin für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und

	erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten

	Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis xxxxx	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermatologische Praxis xxxxx	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologische Praxis xxxxx	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologische Praxis xxxxx	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die	

				Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologische Praxis xxxxx	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologische Praxis xxxxx	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen	

				und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermatologische Praxis xxxxx	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dermapraxis Luzern

Alpenstrasse 9, 6004 Luzern

Dr. med. Daniel Mahler

041 410 83 83

daniel.mahler@hin.ch

20.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermapraxis Luzern	Wir lehnen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

	- **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die Dermapraxis Luzern lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die Dermapraxis Luzern erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische

	Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermapraxis Luzern	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermapraxis Luzern	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermapraxis Luzern	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermapraxis Luzern	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermapraxis Luzern	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dermapraxis Luzern	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die Dermapraxis Luzern kategorisch ab.	
Dermapraxis Luzern	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermapraxis Luzern	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermapraxis Luzern	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermapraxis Luzern	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermapraxis Luzern	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dermapraxis Luzern	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Dermapraxis Luzern	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermapraxis Luzern	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die Dermapraxis Luzern lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermapraxis Luzern	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermapraxis Luzern	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermapraxis Luzern	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermapraxis Luzern	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Stellungnahme von

Dr. med. Christian Heinemann

Dermatologie Heinemann AG

Bd de Pérolles 2

1700 Fribourg

026 322 8180

drcheinemann@gmail.com

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **7**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

	überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen				
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.
SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen

				den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.
SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.

SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : DERMATOLOGIKUM ZUERICH

Abkürzung der Firma / Organisation : DZ

Adresse : Wallisellenstrasse 301a, 8050 Zürich

Kontaktperson : Dr.med. Joachim Böhmer,
Dr.med. Martina Tröbinger,
Dr.med. Lena Lünnemann,
Dr.med. Sephan Feucht

Telefon : 044-3773060

E-Mail : info@dermatologikum.swiss

Datum : 18.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **7**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermatologische Praxis DZ	Hautkrebs gehört zu den häufigsten malignen Erkrankungen des Menschen, unter anderem aufgrund der demografischen Entwicklung mit weltweit steigender Inzidenz (1) Jeder dritte Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens Hautkrebs, die Schweiz ist diesbezüglich ein Hochrisikoland. Dermatologinnen und Dermatologen fungieren in diesem Rahmen als Grundversorger der Gesellschaft und betreiben mittels Hautscreening und Haut(krebs-Kampagnen) aktive Gesundheitsprävention. Wie der Name schon sagt zeigt sich der Hautkrebs in den allermeisten Fällen an der Haut, einem Organ was sich so einfach wie kein Zweites untersuchen lässt. Häufig können für eine effiziente Diagnostik und Therapie Methoden und Instrumente benutzt werden, die vergleichsweise kostengünstig sind (z.B. dermatoskopische Untersuchungsmethoden). Damit helfen Dermatologinnen und Dermatologen, die zunehmenden Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen. Viele Hauterkrankungen führen zu den von Patienten am höchsten bewerteten Einschränkungen der Lebensqualität (z.B. Akne inversa, Psoriasis vulgaris, Urtikaria, chronischer Pruritus), die mit häufigen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit einhergehen. Gerade bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen sind längere Wartezeiten zu minimieren, um massive Qualitätseinbussen zu verhindern. Ebenso wichtig ist eine individuelle und massgeschneiderte Verschreibung insbesondere von lokal applizierten Medikamenten um eine weiterhin adäquate Patientenversorgung zu gewährleisten. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren

	Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu

günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

- **Massnahmen müssen Qualität fördern**
  Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.
  Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung.

- **Kostendämpfung findet statt**
  Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet.

	- **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis DZ	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Aus datenschutzrechtlichen Gründen lehnen wir diese Forderung ab. Der Bundesrat soll keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen.	
Dermatologische Praxis DZ	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher die Begründung für nochmalige Kostensenkungen liefern soll.	
Dermatologische Praxis DZ	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnungen haben. Ausserdem ist die Zulassung von Leistungserbringern aktuell Gegenstand im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis DZ	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein grosser Eingriff in die Praxisorganisation. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke sollen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologische Praxis DZ	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen einer Arztpraxis. Ausserdem bleibt unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dermatologische Praxis DZ	40a	1		Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnen wir ab. Die Wahlfreiheit unserer Patientinnen und Patienten ist zentral.	
Dermatologische Praxis DZ	40a	3	c	Wie die Erstberatungsstellen aufgebaut sein werden ist unklar. Wenn ein Spezialist nicht direkt kontaktiert werden kann, bedeutet dies eine Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern. Auch Dermatologen sind wichtige Grundversorger.	
Dermatologische Praxis DZ	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis DZ	40a	6		Es ist nicht klar, inwiefern Patientinnen von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, lehnen wir dies ab, da dies zu einer Patientenselektion führen würde.	
Dermatologische Praxis DZ	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, inwiefern ein Wechsel der Erstberatungsstelle überhaupt möglich ist.	
Dermatologische Praxis DZ	40c	1/2		Es ist nicht angebracht Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. So wird ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung wird die Bestrebungen nach Kostensenkungen nicht unterstützen.	
Dermatologische Praxis DZ	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Es ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten. Man sollte zumindest eine Bandbreite angeben.	
Dermatologische Praxis DZ	40c	4		Es sollte nicht Angelegenheit des Bundesrates sein, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht dem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	

Dermatologische Praxis DZ	41 - 42			Wir lehnen diese Massnahme ab. Es handelt sich dabei um eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Es ist sicherzustellen, dass der Bundesrat auch Ausnahmen für die Dermatologie vorsehen kann. Nicht nur für die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser.	
Dermatologische Praxis DZ	48a			Pauschalen führen zu einer Qualitätsminderung. Dies wissen wir alle aus Erfahrung aus Deutschland. Das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten wird beschränkt.	
Dermatologische Praxis DZ	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätsminderungen, lange Wartezeiten und zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Mit der Festlegung von Kostenzielen sollten gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Dies würde zu Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Die beschriebenen Fristen und Folgen sind nicht in Realität umsetzbar.	
Dermatologische Praxis DZ	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung. Dies wissen wir alle aus Erfahrung aus Deutschland.	
Dermatologische Praxis DZ	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben soll: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission ein weiterer administrativer Auswuchs. Aus unserer Sicht ist dies nicht zielführend.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. R. Kasper, Dermatologisches Zentrum Zürich AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Beckenhofstrasse 6

Kontaktperson : Dr. med. R. Kasper

Telefon : 0444431155

E-Mail : rkasper@cult.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	Als Facharzt für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

	überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Dermatologisches Zentrum Zürich	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

AG				Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dermatologisches Zentrum Zürich	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren.	

AG				Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen	

				und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermatologisches Zentrum Zürich AG	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dermatologisches Zentrum Zürich AG

Abkürzung der Firma / Organisation : DZZ AG

Adresse : Beckenhofstrasse 6

Kontaktperson : PD Dr. med. Severin Läuchli

Telefon : 043 443 11 55

E-Mail : laeuchli@dermazentrumzuerich.ch

Datum : 18.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
DZZ AG	Als medizinische Einrichtung, bestehend aus Fachärztinnen und Fachärzten für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu unseren Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leisten wir einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

	überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
DZZ AG	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
DZZ AG	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
DZZ AG	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
DZZ AG	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
DZZ AG	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

DZZ AG	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
DZZ AG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
DZZ AG	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
DZZ AG	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
DZZ AG	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
DZZ AG	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
DZZ AG	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

DZZ AG	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
DZZ AG	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
DZZ AG	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
DZZ AG	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
DZZ AG	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
DZZ AG	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dr. med. Karin Kaufmann-Schad :

Dermis Hautklinik :

Schaffhauserstrasse 53, Bülach :

044 / 872 80 00 :

Kaufmann@dermis-hautklinik.ch :

23.10.2020 :

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 7

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr. Karin Kaufmann-Schad	Als gut qualifizierte niedergelassene selbständige Dermatologin setze ich mich täglich für meine dermatologisch erkrankten Patienten ein. In Anbetracht der aktuell Diskussion mache ich mir grosse Sorgen über das künftige Gesundheitsssystem und ich möchte deshalb unbedingt zum laufenden Vernehmlassungsverfahren und den Regulierungsbestrebungen Stellung nehmen. Gerade als niedergelassene Dermatologin trage ich jeden Tag dazu bei, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen. Dies einerseits durch Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen, die teure onkologische Krebsbehandlungen verhindern kann, zudem durch eine vertrauensvolle Patientenbindung, die unnötige Zusatz-Konsultationen / Abklärungen / Diagnostik verhindert. Dabei halte ich mich auch an die von der SGDV publizierten Vorschläge der «smarter medicine». Ich lehne hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich diesbezüglich auf detaillierten Positionsbezüge der Fachgesellschaft: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

	überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Dr. Karin Kaufmann-Schad lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Dr. med. Karin Kaufmann-Schad erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr. Karin Kaufmann-Schad	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dr. Karin Kaufmann-Schad	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt Dr. Karin Kaufmann-Schad kategorisch ab. Die Wahl des Arztes ist eine klare Vertrauenssache.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend aus ethischen Gründen abzulehnen.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	

Dr. Karin Kaufmann-Schad	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Dr. Karin Kaufmann-Schad lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	54			Ich lehne jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt.	

				Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung. Kranke Patienten erhalten die nötigen Abklärungen und Therapien nicht.	
Dr. Karin Kaufmann-Schad	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dermis Hautklinik Bülach AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Schaffhauserstrasse 53

Kontaktperson : Dr. med. Sabine Bruckert

Telefon : 044 872 80 02

E-Mail : bruckert@dermis-hautklinik.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermis Hautklinik Bülach AG	Als Facharztpraxis für Dermatologie und Venerologie, sowie Weiterbildungsklinik C für Dermatologen und Dermatologinnen, ist uns dieses Vernehmlassungsverfahren ein grosses Anliegen. Als Klinik gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu unseren Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leisten wir einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Wir lehnen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

	überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Wir lehnen die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht nach jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Wir erachten fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermis Hautklinik Bülach AG	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermis Hautklinik Bülach AG	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dermis Hautklinik Bülach AG	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Dermis Hautklinik Bülach AG	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermis Hautklinik Bülach AG	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Wir lehnen diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermis Hautklinik Bülach AG	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermis Hautklinik Bülach AG	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband

Abkürzung der Firma / Organisation : DLV

Adresse : Grubenstr. 12, 8045 Zürich

Kontaktperson : Edith Lüscher

Telefon : 044 350 24 84

E-Mail : leitung@logopaedie.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch;

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **4**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
DLV	**Änderung anderer Erlasse: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung** Logopäd*innen gehören klar zu den Personen, die auf Anordnung einer Ärztin/eines Arztes Leistungen erbringen. Art. 14, Abs. 1a, 3. widerspricht dem Art. 14, Abs. 3! Der Abs. 3 muss also gestrichen werden. Es kann nicht sein, dass eine Berufsgruppe ungerechtfertigterweise ausgeschlossen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
DLV	14	3		Art. 14, Abs. 1a, 3. widerspricht dem Art. 14, Abs. 3	Streichung von Art. 14, Abs. 3 ~~*Die Versicherung übernimmt keine Kosten für logopädische Massnahmen.*~~

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dernatologische Praxis im Struppen

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Im Struppen 1

Kontaktperson : Dr.med. Mario R. Graf

Telefon : 044 431 36 36

E-Mail : kontakt@mariograf.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermatologische Praxis im Struppen	Als Facharzt für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Die Erfahrung im Praxis-Alltag zeigt ebenfalls, dass Patienten nicht selten, bevor sie einer fachärztlichen Therapie zugeführt werden, während Wochen zuvor mit unnötigen oder gar falschen Therapien (medikamentös und nicht medikamentös) behandelt wurden, sprich eine primäre Therapie durch einen Facharzt für Dermatologie hier wesentlich Kosten hätte sparen können. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen

	Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der

	geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis im Struppen	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermatologische Praxis im Struppen	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologische Praxis im Struppen	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis im Struppen	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologische Praxis im Struppen	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Dermatologische Praxis im	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

Struppen				Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologische Praxis im Struppen	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologische Praxis im Struppen	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis im Struppen	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologische Praxis im Struppen	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologische Praxis im Struppen	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dermatologische Praxis im Struppen	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Dermatologische Praxis im Struppen	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologische Praxis im Struppen	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermatologische Praxis im Struppen	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologische Praxis im Struppen	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw.	

				können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologische Praxis im Struppen	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermatologische Praxis im Struppen	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Studio Dr.med Elizabeth Gaviria Morales

Abkürzung der Firma / Organisation : studio medico

Adresse : Piazza grande 22

Kontaktperson : 091 7518113

Telefon :

E-Mail : gaviriamora@yahoo.it

Datum : 23.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Elizabeth Gaviria Morales	in meiner arztpraxis sind wir 2 kollegen ich und Dr. Mazzi Rodolfo. Wir haben 4 Mitarbeiter als Assistenten und wir arbeiten mit einem Prozentsatz von ungefähr 60%. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

	- **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Elizabeth Gaviria Morales lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Elizabeth Gaviria Morales erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.

	Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Elizabeth Gaviria Morales	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Elizabeth Gaviria Morales	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Elizabeth Gaviria Morales	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Elizabeth Gaviria Morales	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Elizabeth Gaviria Morales	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Elizabeth Gaviria Morales	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die Elizabeth Gaviria Morales kategorisch ab.	
Elizabeth Gaviria Morales	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Elizabeth Gaviria Morales	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Elizabeth Gaviria Morales	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Elizabeth Gaviria Morales	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Elizabeth Gaviria Morales	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Elizabeth Gaviria Morales	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Elizabeth Gaviria Morales	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Elizabeth Gaviria Morales	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die Elizabeth Gaviria Morales lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Elizabeth Gaviria Morales	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Elizabeth Gaviria Morales	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Elizabeth Gaviria Morales	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Elizabeth Gaviria Morales	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Elizabeth Gaviria Morales			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : ErgotherapeutInnen- Verband Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : EVS

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Colette Carroz

Telefon : 031 313 88 44

E-Mail : colette.carroz@ergotherapie.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 8

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
EVS	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Kostendämpfungspaket II Stellung zu nehmen. Die Titelbezeichnung zwischen der deutschen und französischen Version ist nicht identisch. Auf Deutsch wird von Kostendämpfung gesprochen und auf Französisch von Bremse. Wir befürworten die französische Variante, da diese weniger absolut ist.
EVS	**Zu den Kostenzielen**: **Der Vorschlag, ein jährliches Kostenziel festzulegen und auf Kostenblöcke zu verteilen, dies kantonal umzusetzen und Massnahmen im Bereich der Tarife anzusetzen ist für uns inakzeptabel und wir lehnen ihn ausdrücklich ab**. Der einseitige Fokus auf Korrekturmassnahmen im Tarifbereich untergräbt Bemühungen zu einer Verbesserten koordinierten Zusammenarbeit und gefährdet am Ende die Patientensicherheit. Bei einer Verteilung (nach unklaren Regeln) der Gelder auf Kostenblöcke kommen kleine Leistungserbringer-Gruppen besonders unter Druck Es wird ein bürokratischer Koloss gebildet, welcher die Verbände der Leistungserbringer und die Krankenversicherer in eine Dauer-Verhandlungssituation zwingt, die insbesondere von kleineren Berufsverbänden nicht bewältigt werden kann und viel zu viele Ressourcen aller Beteiligter unnötig bindet. Korrekturmassnahmen sind ausschliesslich auf Ebene Tarifanpassungen vorgesehen und treffen einzelne Kostenblöcke und damit Leistungserbringergruppen. Ein Teil der Kosten entsteht aber gerade an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern; diese müssten u.a. durch Stärkung der koordinierten Zusammenarbeit reduziert werden und nicht durch rein finanzielle Zielvorgaben. Patientensicherheit und Qualitätssicherung sind zentrale Elemente des KVG und der Berufsethik der Gesundheitsberufe: Eine Steuerung und Korrekturmassnahmen rein auf der Tarifebene straft diesen Anspruch Lügen und gefährdet ebendiese. Wir verzichten auf Bemerkungen zu einzelnen Artikeln betreffend den Kostenzielen.
EVS	**Zur Erstberatungsstelle**: Grundsätzlich begrüssen wir die Idee einer ersten Anlaufstelle für jede/n Versicherte/n. Eine obligatorische Erstberatungsstelle wie sie in der Vorlage definiert ist, mit einem isolierten Auftrag, eine erste Einschätzung und Weiter-Verordnung vorzunehmen, verfehlt jedoch aus unserer Sicht das Ziel: Es macht im Hinblick auf eine besser koordinierte Versorgung und aus Patientensicht wenig Sinn, eine Erstberatungsstelle ohne Koordinationsauftrag als obligatorisch zu erklären - im Gegenteil wird damit die Fragmentierung der ambulanten Leistungserbringung weiter

	gestützt. Eine Erstberatung müsste gekoppelt sein mit einem Koordinationsauftrag – und könnte daher am besten von Netzwerken koordinierter Versorgung übernommen werden. Auch wird argumentiert, mit der Erstberatungsstelle solle die ambulante Grundversorgung gestärkt werden: dem Verfassungsartikel 117a wird jedoch zu wenig Rechnung getragen, laut dessen die medizinische Grundversorgung ein Zusammenspiel verschiedener Gesundheitsfachpersonen umfasst. De facto wird mit dem Vorschlag zementiert, dass ausschliesslich ÄrztInnen die ersten Ansprechpersonen sein können. Insbesondere in der Begleitung chronisch Erkrankter ist es nicht mehr zeitgemäss, ausschliesslich ärztliche Fachpersonen als Erstberatende Personen einzusetzen. Entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachpersonen können je nach Problematik hier die Funktion der ersten Anlaufstelle übernehmen, entsprechend ausgebildete Fachpersonen mit Advanced Practice in Ergotherapie (bspw. der Pflege, Ernährungsberatung). Ein Obligatorium für eine Erstberatungsstelle lehnen wir ab. Rund zwei Drittel der Versicherten wählen schon heute ein Hausarztmodell.
EVS	**Zu den Netzwerken koordinierter Versorgung**: grundsätzlich unterstützen wir eine Stärkung der koordinierten Versorgung sehr und finden es einen interessanten Vorschlag, dass koordinierte Netzwerke als Leistungserbringer anerkannt werden können. Es ist jedoch zu bedenken, dass grundsätzlich schon basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können – das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke. Insbesondere unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke auch explizit einen Koordinationsauftrag haben. Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend mit einbezogen werden. Auch ist sicherzustellen, dass bei den Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke kein zu enger Rahmen gesteckt wird, damit sich lokal und regional sinnvolle Netzwerke bilden können. Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben sollen, Leistungen über die gesamte Behandlungskette auch mit Leistungserbringern ausserhalb des Netzwerks zu koordinieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in der Behandlungskette komplexer/multimorbider Situationen häufig auch eine Koordination mit Leistungserbringern aus dem sozialen Bereich oder der Psychologieberufe notwendig ist. Es ist daher sicherzustellen, dass diese Koordinationsleistungen auch als Auftrag der Netzwerke definiert werden und entsprechend entschädigt werden. Eine pauschale Vergütung aller Leistungen der koordinierten Netzwerke lehnen wir ab. Wir befürchten einerseits, dass damit falsche Anreize zu Einsparungen bei den kleinen Berufsgruppen gesetzt werden. Andererseits kann damit unterschiedlichen Ausgestaltungen der Netzwerke aufgrund unterschiedlicher lokaler/regionaler oder demografischer Gegebenheiten nicht Rechnung getragen werden. Ausserdem wird damit ein

	finanzieller Rahmen gesteckt, der verunmöglicht, auch Leistungen, die nicht in Art. 25 bis 31 erwähnt sind, ins Netzwerk einzubinden (z.B. psychologische Beratungsgespräche). Zwingend vertraglich zu regeln ist hingegen eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligter Berufsgruppen. Weitere Bemerkungen zu einzelnen Punkten zu den Netzwerken siehe unten
EVS	**Zu den Programmen der Patientenversorgung**: Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Jedoch erwarten wir, dass solche Patientenprogramme auch ohne ärztliche Leitung angeboten werden können. Es muss ermöglicht werden, dass entsprechend ausgebildete Fachpersonen mit Advanced Practice in Ergotherapie (bspw.. der Pflege) Patientenprogramme leiten und bei Bedarf selbstverständlich die ärztliche Expertise hinzuziehen. Wird dies hier nicht geöffnet, verpasst man die Chance, ernsthaft die interprofessionell aufgestellte Grundversorgung zu fördern. Die entsprechenden Leistungserbringer sind zwingend in die Erarbeitung der zugehörigen Verordnungen einzubeziehen. Weitere Bemerkungen zu den Details der Programme siehe unten.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
EVS	25	2	I	Wir begrüssen, dass die Leistungen von strukturierten Programmen durch die OKP übernommen werden. Allerdings mit der Einschränkung, dass die Programme nicht ärztlich geleitet sein müssen. Entsprechend ausgebildete andere Gesundheitsberufe können durchaus diese Leitung auch übernehmen (siehe allgemeine Bemerkungen zu den Programmen); die Voraussetzungen dazu können geregelt werden.	Leistungen, die im Rahmen von ärztlich *oder durch entsprechend ausgebildete andere Leistungserbringer* geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.
EVS	32	3		Diese Regelungen zur Überprüfung der Patientenprogramme sind zwingend unter Einbezug der Fachexpertise der involvierten Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Verbände zu entwickeln.	Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang *unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer*
EVS	33	3bis		Strukturierte Patientenprogramme müssen nicht zwingend ärztlich geleitet sein (siehe allgemeine Bemerkungen). Die genauen Bedingungen, welche durch die Leitung erfüllt werden müssen, können in den Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen, geregelt werden.	Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ~~ärztlich geleiteten,~~ strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.
EVS	36b			Wie oben schon ausgeführt ist zu bedenken, dass grundsätzlich schon basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können – das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch	

				interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke.	
	36b	1	A	Grundsätzlich unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke Leistungen nach Artikeln 25 – 31 erbringen sollen, allerdings ist eine gewissen Flexibilität offen zu halten, weil es lokal/regional nicht für jedes Netzwerk Sinn macht, alle in Art. 25-31 erwähnten Leistungen gleichermassen zu erbringen	
	36b	1	B	Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben, auch die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Ver-sorgungskette sicherzustellen. Allerdings ist hier auch klarzustellen, dass diese Leistungserbringer auch aus den Psychologieberufen oder dem sozialen Bereich kommen können – die Koordinationsleistungen auch mit diesen Fachpersonen sind ebenfalls zu entschädigen.	klarstellen, dass diese Leistungserbringer auch aus den Psychologieberufen oder dem sozialen Bereich kommen können
	36b	2		Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend mit einbezogen werden.	Der Bundesrat legt *unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer* die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen.
	36b	3	A	Es ist nicht zwingend, dass der Arzt/die Ärztin, der/die im Netzwerk eingebunden ist, auch zwingend die Leitung des Netzwerks bzw. des Koordinationszentrums übernimmt. Es müssen auch andere (kooperative, interprofessionelle) Modelle von Leadership in den Netzwerken umgesetzt werden können. Dass ein Arzt/eine Ärztin weiterhin weitere Leistungen verordnet, bleibt damit unangetastet.	die Anforderungen an *die Fachperson* ~~den Arzt oder die Ärztin, der oder~~ die das Netzwerk leitet;

	36b	3	B	Zum Fachpersonal gehören selbstverständlich auch die Ärzte/Ärztinnen, die dem Netzwerk angehören	
	36b	3	C	Hier ist sicherzustellen, dass bei der Definition der Leistungen, die ein Netzwerk zwingend erbringen muss, auf Kernelemente fokussiert wird, damit lokalen/regionalen und demografischen Gegebenheiten Rechnung getragen werden kann. Es muss möglich sein, dass Netzwerke z.B. auch strukturierte Patientenprogramme anbieten.	
	48a			Eine pauschale Vergütung der gesamten Leistungen der Netzwerke lehnen wir ab. Diese kann unterschiedlichen Ausgestaltungen der Netzwerke aufgrund unterschiedlicher lokaler/regionaler oder demografischer Gegebenheiten nicht Rechnung tragen. Zwingend vertraglich zu regeln ist eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligter Berufsgruppen, nicht nur jener, die Teil des «primären Kreises» sind, sondern auch jener die zum «Kooperationskreis» gehören oder mit denen über diese Grenzen hinweg kooperiert wird.	

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : FPPBS

Adresse : Birmannsgasse 14, 4055 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Dennis Bernoulli, Präsident

Telefon : 061 544 80 96

E-Mail : dennis.bernoulli@hin.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Weitere Vorschläge _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:_____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	FPPBS spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FPPBS	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FPPBS	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FPPBS	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FPPBS	FPPBS wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FPPBS	21	2		FPPBS wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. FPPBS ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FPPBS	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FPPBS	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FPPBS	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FPPBS	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FPPBS	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FPPBS	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FPPBS	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FPPBS	42	3ter		Es gibt immer noch Kollegen, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FPPBS	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FPPBS	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verband der medizinischen Laboratorien der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : FAMH

Adresse : Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Thomas Zurkinden

Telefon : 031 313 88 30

E-Mail : info@famh.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Weitere Vorschläge 12

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 14

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FAMH	Der Vorstand der FAMH bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung. Wir antworten nicht zu allen Punkten, sondern zu jenen, welche uns aus der Sicht der Labormedizin besonders relevant erscheinen. Weiter ist nicht aus den Augen zu verlieren, dass es sich bei der Analysenliste, bzw. deren Tarifen, um eine Verordnung des Bundesrates handelt und daher verschiedene in der Vorlage beschriebene Mechanismen (z.B. Tarifpartnerschaft und Verhandlungen) nicht greifen. Schliesslich ist festzuhalten, dass die Branche der Labormedizin einen relativ geringen Einfluss auf die generelle Zielsetzung der Vorlage *[…] die medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung zu reduzieren* hat. Die Anordnung von Analysen erfolgt durch die Zuweiser/Verordner und nicht durch unsere Branche. Um dies zu illustrieren sei festgehalten, dass die Laboranalysen etwa 2-4% der Kosten im Gesundheitswesen ausmachen, und gleichzeitig zwischen 50-70% der relevanten medizinischen Informationen umfassen. Wir gehen nachstehende auf folgende Punkte detaillierter ein: 1. Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll. 5. Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen. 7. Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW Kriterien sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen. 9. Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung.
FAMH	**1. Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll.** Wir lehnen diese Massnahme entschieden ab, weil es hier de facto um die Einführung von Globalbudgets geht. Ein solches System setzt falsche Anreize, weil die Konsequenzen von Budgetüberschreitungen in einer nachfolgenden Periode greifen und weil sie auch Akteure treffen, die sich korrekt / kostenbewusst verhalten oder mit etwas Mehraufwand Einsparungen in anderen Bereichen erzielen. Diese Form der «Kollektivstrafe» innerhalb einer Branche respektive einer Budgetgruppe bestraft de facto diejenigen, die sich kostenbewusst verhalten und ist damit kontraproduktiv. Ferner wird durch die konkret vorgeschlagene Form der Zielvorgaben die Administration massiv erhöht, indem nationale Ziele, kantonale Ziele und Ziele pro Leistungsgruppe geschaffen werden sollen. Noch mehr Administration würde dann durch Korrekturmassnahmen entstehen, wenn

	Kostenziele nicht eingehalten werden. Diese Einschätzung teilen im Übrigen die Kantone selbst, wie der Stellungnahme der GDK zu entnehmen ist: 1. Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel. 3. Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten. 4. Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen Aus der Sicht der Labormedizin ist zudem folgender Mechanismus stossend: *Korrekturmassnahmen bei Überschreiten der Kostenziele haben jedoch grundsätzlich nur Einfluss auf die Höhe der Vergütung der Leistungen an die Leistungserbringer, nicht aber auf den Zugang der versicherten Personen zu diesen Leistungen.* Wie Eingangs erwähnt, hat die Branche der Labormedizin weder einen Einfluss auf die Mengenausweitung, noch verhandelt sie Tarife. Nach diesem Passus würde sie aber als eigenständiger Kostenblock «mitbestraft», wenn Kostenziele nicht eingehalten werden.
FAMH	**5. Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen** In diesem Abschnitt werden im wesentlichen Preisbildungsmodelle und Rückerstattungen für Arzneimittel besprochen. Gleichzeitig wird festgehalten: *Da auch im Bereich von anderen Leistungen der OKP (Mittel- und Gegenständeliste, Analysenliste) die Anwendung von Preismodellen in Frage kommt, soll eine Regelung für alle Listen nach Artikel 52 Absatz 1 KVG geschaffen werden.* Aus Sicht der Labormedizin soll hier deutlich gemacht werden, dass eine Analyse kein «Produkt» sondern eine «Dienstleistung» ist. Eine Laboranalyse ist ein (Dienstleistungs)prozess der von der Prä-Analytik über den eigentlichen Test, der Interpretation der Resultate bis hin zur Übermittlung des Befunds und der Unterstützung bei der Diagnose reicht. Damit besteht ein wesentlicher Unterschied zu Mitteln und Gegenständen sowie Arzneimitteln. Erwähnte Aspekte wie die Differenz zwischen «aufgeführtem Preis» und «Fabrikabgabepreis» dürften nicht zum Tragen kommen. Zudem scheint es uns in Anbetracht des Anteils der Kosten der Labormedizin an dem Gesamtkosten des Gesundheitswesens fraglich, ob gerade hier Preisbildungsmodelle zum Ziel führen. Ein primärer Fokus auf Arzneimittel hätte das grössere Sparpotenzial.
FAMH	**7. Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW Kriterien sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen**. Insgesamt machen die Laboranalysen einen geringen Anteil an den Gesundheitskosten aus. Analysen aus Laboratorien spielen hingegen eine wichtige Rolle in der Früherkennung und Diagnose von Krankheiten und haben darum einen hohen Einfluss auf die Qualität und Kosten der

	nachfolgenden Leistungen. Gute Labormedizin spart Gesundheitskosten. Im erläuternden Bericht wird dargelegt *Die Leistungen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer, Arzneimittel, Laboranalysen, Mittel und Gegenstände, Leistungen der Prävention sowie der Mutterschaft hingegen sind abschliessend geregelt. Bei jeder Neuaufnahme und Überprüfung einer solchen Leistung erfolgt eine WZW-Prüfung.* Warum dieses Prinzip, dass da ja nach vorstehender Aussage schon etabliert ist, nochmals erwähnt und ausgeführt werden muss, erschliesst sich uns nicht. Allerdings ist die Anwendung der Kriterien in der Praxis oft unklar, es fehlt eine entsprechende Operationalisierung und der Fokus liegt nach unserer Erfahrung zu sehr auf dem Element «Wirtschaftlichkeit» und ist auch hier ausschliesslich auf den Preis fixiert. Auch der korrekte Einsatz der Labormedizin sollte in die Überlegungen einbezogen werden (z.B. auf Basis von Guidelines), womit eine WZW-Prüfung tatsächlich ihre Wirkung zeigen könnte. Zudem verweisen wir zum Thema «kostengünstige Vergütung» auf unseren Ansatz für Laboranalysen den wir im Rahmen der Bearbeitung der Motion 17.3969 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) dem BAG (sowie weiteren Leistungserbringern und Versicherern) an der Sitzung vom 2. Juni 2020 vorgestellt haben. Dieser würde zu einer kostengünstigen Vergütung der Analysen führen und gleichzeitig die Bundesadministration entlasten. Weiter weisen wir darauf hin, dass Auslandspreisvergleiche bei den Laboranalysen äusserst heikel sind. Abgesehen vom Preisgefälle, das wie in den allermeisten anderen Branchen zum Ausland auch im Gesundheitswesen existiert, erfolgen diese Vergleiche oft undifferenziert und ohne Berücksichtigung wichtiger struktureller Unterschiede. Eine spezielle Situation stellen die Tarife für Praxislabors dar. Dabei handelt es sich um 33 definierte Analysen, die die Grundversorger (in der Regel Hausärzte) in ihren Praxislabors durchführen können. Diese sind höher tarifiert als die gleichen Untersuchungen, die in den herkömmlichen Labors vorgenommen werden. Die höhere Tarifierung dieser Analysen trägt dem Umstand Rechnung, dass sie als sogenannte Point-of-Care-Analysen während der Konsultation durchgeführt werden, damit dem Arzt oder der Ärztin die wichtigsten Entscheidungsgrundlagen für die Patientenbetreuung sofort zur Verfügung stehen. Dazu ist ein im Vergleich zum Speziallabor höherer Material- und Personalaufwand notwendig. In der Schweiz werden gemäss Monitoring-Bericht des BAG 2015 44 % aller Analysen zulasten OKP in Arztpraxen durchgeführt. Das führt allerdings dazu, dass die Labors auf einen grossen Teil dieser rentablen Analysen verzichten müssen. Dies verteuert die verbleibende Spezial-Analytik in den grösseren Laboratorien. Viele der Tarife, die in den Medien immer wieder mit jenen im Ausland verglichen und kritisch hinterfragt werden, gelten für die Praxislaboratorien. Die Tarife für die Standardlabors sind wesentlich tiefer. So kann z.B. ein Hausarzt eine Blutzuckerbestimmung für Franken 7.90 abrechnen, das Speziallabor dagegen nur Franken 2.50. Gerade der Vergleich mit den Tarifen in Deutschland hinkt arg, da er sich auf die Kostenerstattung im Einheitlichen Bewertungsmassstab (EBM) bezieht. Dieser bildet lediglich die Erstattung von pro-Test- Stückkosten im Labor ab; es fehlt die Addition von Transportkosten und Arzthonorar für den Laborarzt. Es gilt ausserdem zu berücksichtigen, dass die Kostenerstattung für Kassenpatienten in Deutschland auf der Basis riesiger Auftragsmengen stattfindet – diese Volumina führen im Vergleich zu den Gegebenheiten in der Schweiz zu deutlich geringeren Grenzkosten. Dabei sind die Erstattungstarife gemäss EBM nicht einmal kostendeckend, wie eine detaillierte Kostenrechnung des Berufsverbands gezeigt hat. Die

	Labors in Deutschland müssen sich mit dem GOÄ Tarif (Privat-Tarif) querfinanzieren. Der Auslandvergleich mit ausschliesslicher Betrachtung der Tarife ist gerade im Bereich der Labor-Analysen nicht aussagekräftig. Wenn schon gilt es das allgemeine Preis- und Kostenniveau mit zu berücksichtigen. Bei uns sind auch die übrigen Produktionskosten wie Mieten oder Probentransporte höher als im europäischen Ausland. Diese Analogie findet sich im allgemeinen Vergleich der Preisniveaus zwischen uns und unseren Nachbarländern. Bereits der Einkauf von Laborgeräten und Reagenzien ist in der Schweiz gegenüber Deutschland massiv teurer. Zudem werden in der Schweiz Laboranalysen von Laborpersonal erbracht, welches über weite Strecken über eine höhere Qualifikation verfügt, als das vergleichbare Personal z.B. in Deutschland.
FAMH	**9. Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung.** *Sämtliche Leistungserbringer sollen im stationären und im ambulanten Bereich verpflichtet werden, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln, unabhängig davon, ob der Krankenversicherer (System des Tiers payant) oder die versicherte Person (System des Tiers garant) die Vergütung der Leistung schuldet. Wer Schuldner der Vergütung ist, wird mit der Revision nicht geändert. Die elektronische Rechnungsübermittlung hat in erster Linie zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern zu erfolgen, demgegenüber sollen die versicherten Personen nicht zum elektronischen Empfang einer Rechnung verpflichtet werden.* Die FAMH unterstützt diese Anpassung. Allerdings ist die elektronische Rechnungsübermittlung bereits heute möglich. Damit eine Rechnung direkt elektronisch an die Versicherung möglich sein soll, muss zudem zwingend sichergestellt werden, dass die Labore über die entsprechende Information der Versicherung verfügen (was heute nicht immer der Fall ist). Da ein Recht auf Papierrechnung für die versicherte Person weiterhin besteht (respektive bestehen bleiben muss) sind hier keine relevanten Einsparungen zu erwarten. Es wäre zudem unsinnig, wenn der Patient sowohl von der Versicherung als auch vom Labor gleichzeitig eine Kopie der Rechnung erhalten würde.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle					

konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

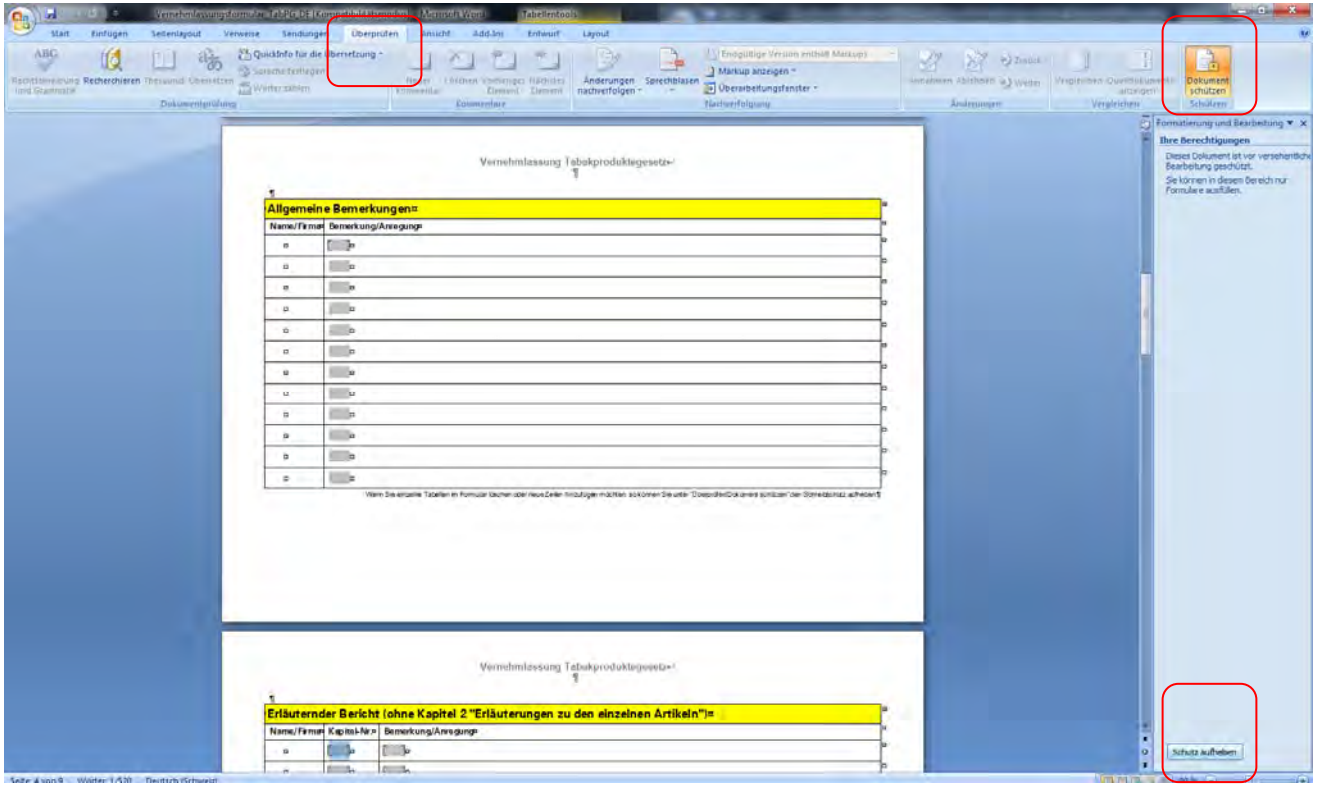
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

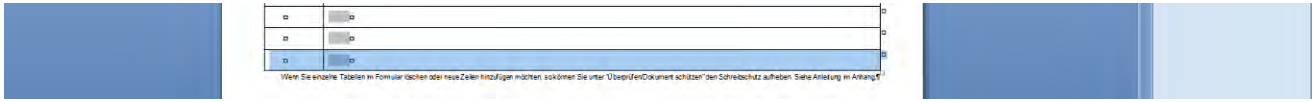
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



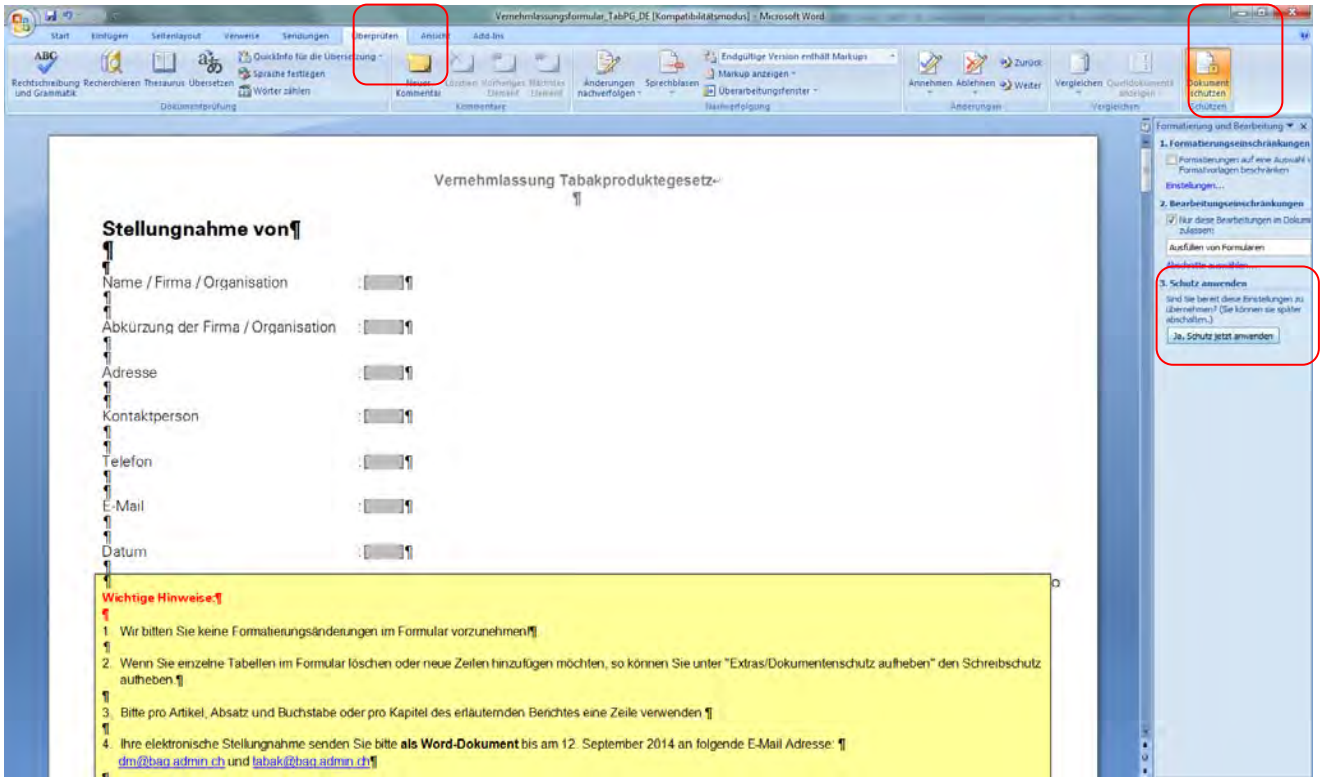
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dr A Ferretti, Notfallarzt

Im Isengrind 11, 8046 Zürich :

Dr A Ferretti :

079 454 02 23 :

ferretti@bluewin.ch :

18.11.2020 :

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr A Ferretti	Seit 1997 bin ich im Grossraum Zürich als Notfallarzt tätig. In dieser langen Zeit habe ich Tausende von Patienten wegen medizinischer Notfälle betreut.Ich bin überzeugt, dass ich durch meine Tätigkeit viele Probleme effizient und schlussendlich kostengünstig gelöst habe, dies in Sinne der Patienten als auch der gesamten Gesellschaft. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen.
Dr A Ferretti	Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Ich lehne die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).

	Ich halte fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der

	Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im Bereich der hausärztlichen Grundversorgung besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele

	vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr A Ferretti	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dr A Ferretti	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dr A Ferretti	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dr A Ferretti	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dr A Ferretti	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Dr A Ferretti	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dr A Ferretti	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dr A Ferretti	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dr A Ferretti	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dr A Ferretti	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dr A Ferretti	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dr A Ferretti	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dr A Ferretti	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen.	

Dr A Ferretti	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll; gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dr A Ferretti	54			Ich lehne jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dr A Ferretti	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dr A Ferretti	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Mit bestem Dank für Ihre Berücksichtig meiner Argumente

Dr. med. A Ferretti

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : FMCH Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica

Abkürzung der Firma / Organisation : FMCH

Adresse : Dufourstrasse 30, 3005 Bern

Kontaktperson : Stefan Zindel

Telefon : 032 329 50 00

E-Mail : sekretariat@fmch.ch

Datum : 11.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 14

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMCH	**Die FMCH lehnt die Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) ab.** Grundsätzlich sollen die *Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1* vollständig umgesetzt und deren Auswirkungen bzw. Wirksamkeit beurteilt werden. Auf der Basis der daraus gewonnen Erkenntnisse kann über allenfalls nötige Ergänzungen mit allen Partnern des schweizerischen Gesundheitswesens beraten werden. Die zunehmende "Verstaatlichung" des Gesundheitswesens widerspricht unseren Prinzipien und unserer *Verpflichtung für eine hochwertige Qualitätsmedizin und zu verantwortungsbewusstem Handeln in einem liberalen Gesundheitssystem*. Die FMCH setzt sich aktiv für die Sicherung der Qualität von Diagnose und Behandlung sowie das Handeln nach den Regeln der ärztlichen Ethik ein. Wir sind überzeugt, dass diese Stossrichtung *nachhaltig die Qualität unserer Leistungen erhöht, die Kosten reduziert* und zu einem bezahlbaren Gesundheitssystem beiträgt.
FMCH	**Vorgabe von Kostenzielen** Der starke Anstieg der Gesundheitskosten in den letzten 20 Jahren wird mit der übermässigen medizinisch nicht zu begründenden Mengenzunahme erklärt: Leistungserbringer bieten unnötige medizinische Leistungen an und Versicherte nehmen Leistungen in Anspruch, die über den medizinischen Bedarf hinaus gehen. Als Gegenmassnahme sollen vom Bund auf nationaler und kantonaler Ebene verbindliche Kostenziele vorgegeben werden. Ausserdem setzt der Bundesrat eine *neue eidgenössische Kommission für Kostenziele* ein. **FMCH:** Die globale Beschränkung der Kosten *löst das Problem der medizinisch nicht zu begründenden Mengenzunahme nicht*. Die Argumentationskette des Bundesrates ist nicht schlüssig und somit ist es unwahrscheinlich, dass mit den vorgeschlagenen Massnahmen, die gesetzten Ziele erreicht werden können. Zur Überwachung und Steuerung der beabsichtigten gesetzlichen Massnahmen wird eine nicht vorhersehbare Administration aufgebaut werden, die für alle Beteiligten *mehr Aufwand und höhere Kosten bei gleichzeitig ungewissem Resultat* bedeutet.

FMCH	**Einschränkung der freien Arztwahl** Die freie Arztwahl der Versicherten wird abgeschafft. Die Gesetzesvorlage sieht die Einführung einer *obligatorischen Erstberatungsstelle* vor. Patientinnen und Patienten können nur noch über ihre Hausarztpraxis oder über ein – vom Bundesrat noch zu definierendes – Versorgungsnetzwerk "in das Gesundheitssystem eintreten". Versicherer sollen die Erstberatungsstellen gemäss der Anzahl der potenziellen Patientinnen und Patienten entlohnen – *unabhängig davon, ob sie Leistungen beziehen* oder nicht. **FMCH:** Das Prinzip der *freien Arztwahl muss erhalten bleiben*, wie dies die Stimmbürger 2012 mit der klaren Ablehnung (76%) der Managed-Care Vorlage bestimmten. Die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung ist zu schützen. 70% der Versicherten haben sich bereits für ein vergleichbares Versicherungsmodell mit eingeschränkter bzw. gezielter Arztwahl entschieden. Das erwartete Sparpotenzial ist somit stark eingeschränkt. Ärzte haften auch für einen Schaden aus einer Diagnose, die infolge von ungenügendem Fachwissen gestellt wird. Im Zweifelsfall wird somit eine Patientin oder ein Patient weiterverwiesen, was das Sparpotenzial weiter reduziert. Ungeklärt ist die Frage, ob Patientinnen und Patienten weiterhin eine Zweitmeinung einholen können. Es besteht die Gefahr, dass sich Erstberatungsstellen auf "tiefe Risiken" spezialisieren, um von den "Versicherungszahlungen ohne Leistungserbringung" überproportional profitieren zu können. Ausserdem soll keine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten bevorzugt oder benachteiligt werden.
FMCH	**Neue Form von Leistungserbringern** Neu sollen *Netzwerke zur koordinierten Versorgung als Leistungserbringer im Gesetz* aufgenommen werden. Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, unter anderem: die Anforderung an den Arzt oder die Ärztin, die Leistungen, die erbracht werden müssen, die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette, die elektronische Führung der Krankengeschichten. **FMCH:** Viele Ärztegemeinschaften haben sich bereits heute zusammengeschlossen, mit dem Ziel Infrastruktur gemeinsam zu nutzen und fachübergreifende Behandlungen anzubieten. Diese Entwicklung soll weiterhin auf persönlichem Engagement erfolgen und nicht staatlich "bürokratisiert" werden.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

FMCH	**Überprüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit** Zur Überwachung der Wirkung des Gesetzes wird verlangt, dass *die Versicherer die nach diesem Gesetz erforderlichen Daten liefern*. Die geforderten Daten sind vielfältig und reichen von Daten über jeden Leistungserbringer bis zu einzelnen versicherten Personen. Der Bundesrat bestimmt die Häufigkeit und den Umfang der periodischen Überprüfungen. **FMCH:** Auch hier gilt die Vermutung, dass zur Überwachung und Steuerung der Massnahmen eine nicht vorhersehbare Administration aufgebaut wird, die für alle Beteiligten *mehr Aufwand und höhere Kosten bei gleichzeitig ungewissem Resultat* bedeutet.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMCH	18	2septies	b	> **Zustimmung** Siehe Bemerkungen zu *Artikel 52b*	
FMCH	21			> **Ablehnung** Grundsätzlich ist der Artikel unzulässig weit gefasst: Die konkreten Daten sind nicht deklariert. Von aggregierten Daten (pro Leistungserbringer und Wohnkanton der Versicherten) bis zu Daten einzelner versicherter Personen soll durch die Behörden alles angefordert werden können. Die zusätzliche Datenerhebung, der damit verbundene Aufwand und die daraus folgenden Kosten für die Erhebung, die Bearbeitung und die Übermittlung durch die Versicherer und die Verarbeitung und Analyse durch das BAG sind nicht abzusehen. Ausserdem ist nicht nachvollziehbar, wie die gelieferten Daten auf ihre Qualität (Richtigkeit und Vollständigkeit) geprüft werden sollen. Auf dieser unklaren und unsicheren Basis kann und darf keine Gesetzesänderung aufbauen.	
FMCH	21	2	d	> **Ablehnung** Es ist nicht schlüssig, wie auf der Basis der oben genannten Daten die Wirtschaftlichkeit beurteilt und überprüft werden soll. Liefern doch die Versicherer systembedingt Kosten- und nicht	

				Ertragsdaten. Nicht nachvollziehbar ist insbesondere, wie aus den Daten der Versicherer die Qualität der Leistungen beurteilt und überprüft werden soll.	
FMCH	25	2	i	> **Ablehnung** Mit "Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen" – zusammen mit *Artikel 40a Erstberatungsstellen* und *Artikel 40a Absatz 3 Ziffer c Netzwerke zur koordinierten Versorgung* – wird ein neuer Versuch in Richtung *Managed Care* unternommen. Am 17. Juni 2012 hat das Stimmvolk die Managed-Care-Vorlage mit 76% Nein-Stimmen abgelehnt. Weitere Bemerkungen siehe unten (*Artikel 33 Absatz 3bis*).	
FMCH	32	3		> **Ablehnung** Der bestehende *Artikel 32* regelt schon heute die periodische Überprüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Anstatt eines weiteren Gemeinplatzes wäre hier eine Präzisierung des zu erwartenden Aufwands aller betroffenen Parteien zu erwarten gewesen.	
FMCH	33	3bis		> **Ablehnung** Was unter den vom Bundesrat neu einzuführenden *Leistungen im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen* zu erwarten ist, ist mit dieser vagen Beschreibung nicht erkennbar. Insbesondere ist nicht verständlich, mit welcher Expertise der Bundesrat die Leistungen medizinischer Programme bestimmen und daraus sinnvolle und funktionierende Programme entwickeln könnte.	

				Die Innovation und Weiterentwicklung von medizinischen Leistungen muss aus offensichtlichen Gründen in der Kompetenz und Verantwortung von erfahrenen und qualifizierten Medizinern verbleiben und nicht verstaatlicht werden. Die Tarifpartner müssen die Kompetenzen behalten, sinnvolle und praxisbezogene Leistungen und Leistungspakete zu beschreiben. Nur so können auch praktikable und gerechte Pauschalen errechnet werden.	
FMCH	35	2	o	> **Ablehnung** Siehe Bemerkungen zu *Artikel 36b*	
FMCH	36b	1		> **Ablehnung** Vorgaben für Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind: 1. ambulant 2. koordinierte eigene Leistungen 3. koordiniert weitere Leistungserbringer 4. über ganze Versorgungskette Hier wird das Heil der Kostenersparnisse in der gesetzlichen Förderung von grösseren Organisationen im Gegensatz zu oder auf Kosten der selbständigen Ärztinnen und Ärzte gesucht. Diese Gesetzesanpassung würde den Druck insbesondere auf freie Fachärztinnen und Fachärzte, sich einem dieser Netzwerke anzuschliessen, massiv erhöhen. Schon seit Jahren schliessen sich Ärztinnen und Ärzte mit anderen medizinischen Fachpersonen zu Gemeinschaftspraxen oder zu "Netzwerken zur koordinierten Versorgung" zusammen. Dies soll auch weiterhin auf freiwilliger, persönlich motivierter/engagierter und unternehmerischer Basis erfolgen. Es wäre zu befürchten, dass Netzwerke zur koordinierten Versorgung mehrheitlich in Regionen mit einer grossen	

				Patientenpotenzial aufgebaut würden. Im Zusammenhang mit dem neuen *Artikel 40a Erstberatungsstelle* wird die freie Arztwahl nicht nur bei der Erstberatung ausgeschlossen, sondern auch die weitere Überweisung innerhalb des Netzwerkes und seiner "koordinierten" Leistungserbringer würde *die freie Arztwahl (Spezialisten) stark eingeschränkt oder zumindest beeinflusst*.	
FMCH	36b	2, 3		> **Ablehnung** Über die Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke zur koordinierten Versorgung wird sich der Bundesrat Einflussrechte in einem ausserordentlichen Ausmass sichern. Die Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte sind bereits an anderer Stelle klar geregelt. Neu würde der Bundesrat direkten Einfluss in unternehmerische und fachliche Belange von medizinischen Organisationen in einem nie gekannten Ausmass nehmen: - Unternehmer (Anforderungen, an die Leitung des Netzwerkes) - Führung (Führungsinstrumente) - Geschäftsmodell (Leistungen, die angeboten werden müssen) - Personalpolitik (Fachpersonen, die angestellt werden müssen) - Prozesse und Infrastruktur (elektronisches Patientendossier) Es wäre zu erwarten, dass Netzwerke bevorzugt in Regionen mit einem grossen Patientenpotenzial aufgebaut würden und sich damit die Versorgungsungleichheit weiter zuspitzen könnte.	
FMCH	40a	1		> **Ablehnung** Die Patientinnen/Patienten und die Versicherer sind im Grundsatz einer alleinigen Beurteilung einer Erstberatungsstelle ausgeliefert. Die freie Arztwahl als Grundsatz ist in einem liberalen Gesundheitswesen für die Patientinnen und Patienten, die das wünschen, unbedingt zu erhalten. Mit den vorliegenden	

				Vorschlägen zur Anpassung des KVG würde dieser Grundsatz aufgehoben.	
FMCH	40a	2		> **Ablehnung** Bei den Aufgaben, die durch die Erstberatungsstelle wahrgenommen werden müssen und der gesetzlichen Einschränkung, dass jede/r Versicherte/r eine Erstberatungsstelle aufsuchen muss, um behandelt zu werden, ist das durch die Patientin/den Patienten gewünschte Einholen einer Zweitmeinung nicht vorgesehen. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet dies eine dramatische Einschränkung in der Wahrung ihrer persönlichen Interessen. Die Freiheit der Patientinnen/Patienten, eine Zweitmeinung einzuholen, trägt zur Behandlungssicherheit und -qualität bei und ist im heutigen "qualitätsgetriebenen" Gesundheitswesen kaum sinnvoll zu begründen: Versicherer, medizinische Fachgesellschaften und auch Kantone empfehlen in bestimmten Fällen sogar ausdrücklich die Einholung von weiteren Meinungen bei Diagnose und Indikation.	
FMCH	40a	3 ff		> **Ablehnung** Der neue Artikel schränkt die freie Arztwahl mehrfach ein: 1. Bedingungen für Ärztinnen und Ärzte als Erstberater 2. Kantonale Liste der Erstberatungsstellen 3. Entscheidung des Leistungserbringers	
FMCH	40a	6		> **Ablehnung** Der Leistungserbringer kann Patientinnen und Patienten ablehnen. In Kombination mit *Artikel 40c Vergütung der Erstberatungsstelle* besteht die Gefahr, dass Erstberatungsstellen ihr Risiko bzw. ihre Rendite optimieren.	

				Zusätzlich ist das Engagement als Erstberatungsstelle mit einem unkalkulierbaren unternehmerischen Risiko für Ärztinnen und Ärzte verbunden. Der Bundesrat: - legt die Höhe der Pauschale fest - bezeichnet, die zu erbringenden Leistungen	
FMCH	40b	1		> **Ablehnung** Leistungen für eine Zweitmeinung, die die Patientin oder der Patient einholen möchten, werden nicht vergütet. Dies liefert einen grossen Teil der Bevölkerung der Erstberatungsstelle alternativlos aus und würde eine tiefgreifende Änderung des Systems bedeuten.	
FMCH	40c	1,2		> **Ablehnung** Die "bedingungslose Jahrespauschale" ist ein grundsätzlich falscher und negativer Anreiz. Es muss das Prinzip erhalte werden: Lohn für qualitativ und quantitativ hochwertige Leistung. Unternehmer, auch Ärztinnen und Ärzte, müssen für den Wert ihrer Leistungen bezahlt werden.	
FMCH	41	1		Ist heute schon durch die Spitalfinanzierung seit 1. Januar 2012 geregelt.	
FMCH	42	2	b	> **Zustimmung** Siehe *Artikel 52b Rückerstattungen*.	
FMCH	48a	1		> **Ablehnung** Leistungen bzw. Behandlungen lassen sich nur dann pauschalisieren, wenn sie vergleichbar, nachvollziehbar und standardisiert sind. Je umfang- und variantenreicher eine Behandlungskette wird, umso weniger lassen sich Aufwand und	

				damit die Kosten pauschalisieren. Der Bundesrat verlangt in seinem Gesetzesentwurf, dass die Tarifpartner Pauschalen über die ganze Behandlungskette vereinbaren. Diese Forderung erscheint sehr unrealistisch und kaum in der Praxis effizient anwendbar. Die sinnvolle berufliche Flexibilität von Ärztinnen/Ärzten in Diagnose, Indikation und Behandlung wird gesetzlich über finanzielle Konsequenzen unterbunden. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass von Netzwerken nur die rentablen Behandlungsketten aufgebaut und verhandelt werden. Dies führt wiederum dazu, dass komplexe, schwierige und seltenere Fälle nicht angeboten und an andere Leistungserbringer abgeschoben werden.	
FMCH	52b	1		> **Zustimmung** Neue Preisbildungsmodelle bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten sind zu begrüssen. Sie sind im Einzelfall auf ihre Tauglichkeit hin zu prüfen.	
FMCH	52c			> **Ablehnung** Das Gesetz baut hier Intransparenz, was die weitere Anwendung des TQV (therapeutischer Quervergleich) behindern oder sogar verunmöglichen würde. Um die Vergleichbarkeit von Behandlungen (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) zu gewährleisten, ist auch bei den Rückerstattungen (Berechnung, Höhe und Modalitäten) grundsätzlich Transparenz zu fordern.	
FMCH	54	1		> **Ablehnung** Diese Art der Kostenbeschränkung ist nicht zukunftsgerichtet und	

				missachtet das Prinzip Ursachen von Problemen/Missständen zu beheben, anstatt Symptome zu bekämpfen. Hier gilt es, nicht eine Gesetzesänderung auf diesen Prämissen durchzusetzen, sondern **grundlegend neue Verfahren für die Behebung der Ursachen zu entwickeln**.	
FMCH	54	3	a	> **Ablehnung** Es ist nicht nachvollziehbar, welchen Einfluss die wirtschaftliche Entwicklung in Bezug auf die Kostenziele und die Toleranzmargen haben soll. Die Kosten und Abgeltungen sollten ausschliesslich in der Diagnose, der korrekten und notwendigen Indikation und der Qualität der Leistung begründet sein.	
FMCH	54a ff			> **Ablehnung** Der ganze Prozess der Verteilung der Kostenziele auf die Kantone und die Kostenblöcke, sowie das Vorgehen bei Nichteinhaltung und Überschreitungen erscheint als für alle betroffenen Parteien ausserordentlich aufwendig, was wiederum zu zusätzlichen Kosten führt. Insbesondere die neue "nötige" Eidgenössische Kommission für Kostenziele erhöht den Grad der Bürokratisierung und den damit verbundenen administrativen Aufwand. Gleichzeitig ist stark zu bezweifeln, ob die vorgeschlagenen Massnahmen zum gewünschten Spareffekt führen werden. **> sicher: mehr administrativer Aufwand und Kosten** **> unsicher: Einsparungspotenzial und Kostenwirksamkeit**	

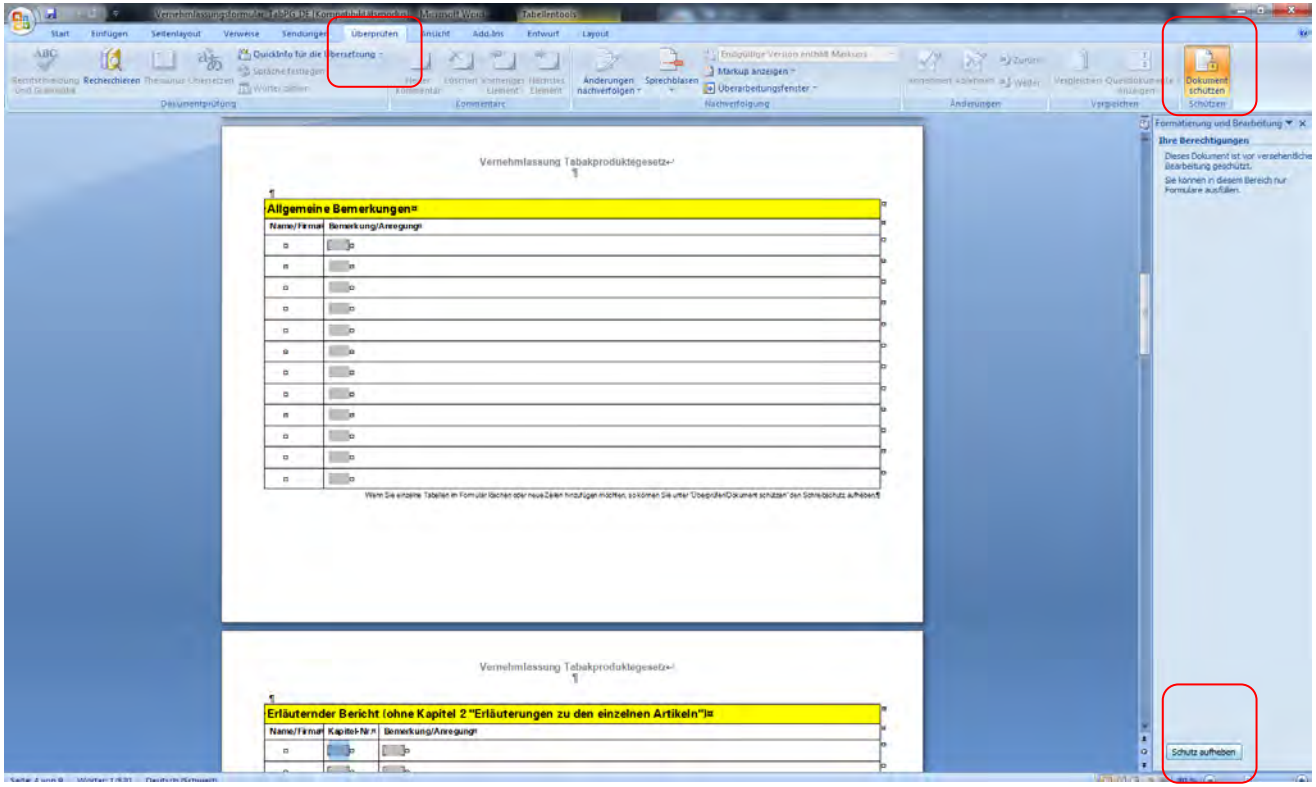
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

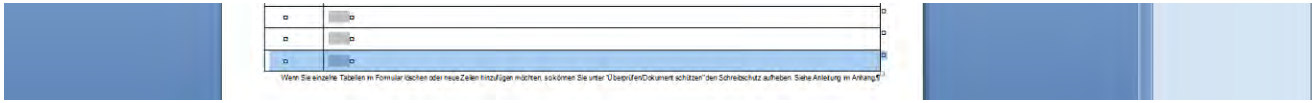
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



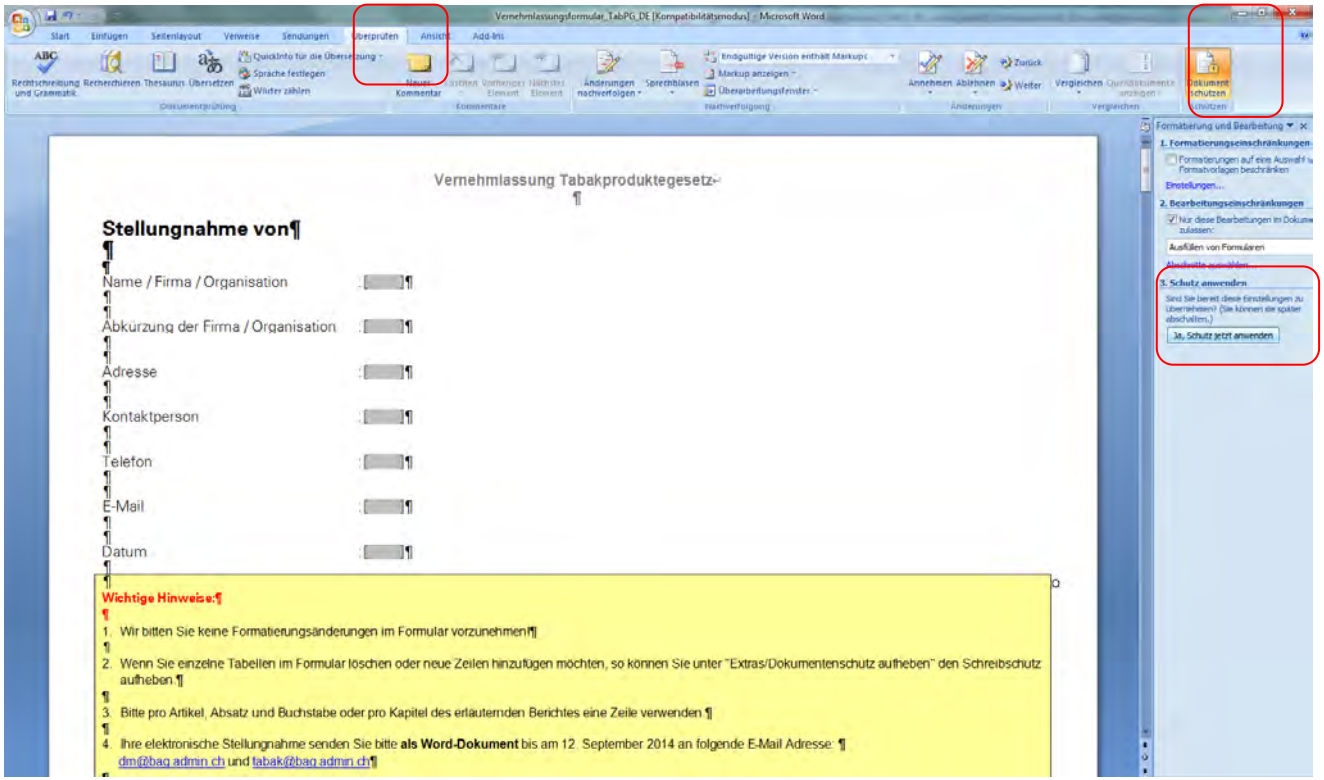
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : FMH

Adresse : Nussbaumstrasse 29, Postfach 300, 3000 Bern 15

Kontaktperson : Iris Herzog-Zwitter

Telefon : 031 359 11 11

E-Mail : iris.herzog@fmh.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **4**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **7**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMH	Die FMH dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der FMH nimmt wie folgt Stellung.
FMH	Einleitend nimmt die FMH Stellung zum 5. Abschnitt: **Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung, dem Kernstück der Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2.** Prof. Ueli Kieser weist im Gutachten vom 6. November 2020 explizit darauf hin, «*dass auf Gesetzesebene nicht von Globalbudget gesprochen wird, obschon dieser Begriff sich im bisherigen Recht findet. Ein Kostenziel entspricht freilich einem Globalbudget, soweit «Massnahmen» zur Senkung der Kosten festgelegt werden, wenn das Kostenziel überschritten wird. Es wäre durch das EDI nachvollziehbar zu erläutern, weshalb der Begriff des «Globalbudgets» nicht verwendet wird und inwieweit sich ein «Kostenziel» von einem «Globalbudget» unterscheidet*». Die FMH erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern in erster Linie ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Das Kernstück der vorliegenden Vorlage ist fokussiert auf OKP Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2. Mit den vorliegenden Massnahmen würden weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Die Behandlungsqualität und das Arzt-Patientenverhältnis werden mit solchen Massnahmen untergraben. Die im Kostendämpfungspaket 2 geforderten Massnahmen hätten vorab gravierende Konsequenzen für die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und würden die Qualität der Gesundheitsversorgung im praxisambulanten Bereich erheblich verschlechtern. Sparübungen auf Kosten der Patienten und der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen. Die FMH spricht sich damit ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele und gegen eine schleichende Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Die schweizerische Krankenversicherung ist von Verfassung wegen als Versicherung auszugestalten. Die versicherten Risiken müssen umschrieben werden, und es sind die beim Risikoeintritt beanspruchbaren Leistungen zu umschreiben. Art. 43 Abs. 6 KVG legt diesbezüglich fest, dass es um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige medizinische Versorgung geht.

	Das Kostendämpfungspaket 2 wurde mit Bezug auf die Verfassungskonformität und damit die massgebende Fragestellung nicht geprüft, wie nachfolgend dargelegt wird: Gemäss Prof. Ueli Kieser (Gutachten vom 6. November 2020) könne eine beanspruchbare Leistung nicht deshalb verweigert werden, weil sie hohe Kosten verursacht. Gleichermassen gelte, dass die Vergütung der Leistungen so festgelegt werden müsse, dass die Leistung effektiv erbracht werde und damit auch effektiv beansprucht werden könne. Dies habe das Bundesgericht - so Prof. Ueli Kieser - in verschiedenen Zusammenhängen bestätigt. Prof. Ueli Kieser begründet das Bedarfdeckungsverfahren in der Krankenversicherung wie folgt: «*Danach müssen die Krankenversicherer Gewähr dafür bieten, dass sie sämtliche Ausgaben im Zusammenhang mit der Durchführung der sozialen Krankenversicherung decken können. Damit zeigt die Übersicht über die geltenden Regelungen das Folgende: Es finden sich im geltenden Sozialversicherungsrecht an keiner Stelle Regelungen, welche es erlauben würden, bei finanziellen Schwierigkeiten oder bei steigenden Kosten die Leistungen bzw. die Vergütung von Leistungen zu beschränken. Einzig in einem engsten Rahmen ist in der weitergehenden beruflichen Vorsorge eine quantitativ engst begrenzte Ausnahme vorgesehen. Die Krankenversicherung ist von Verfassungs wegen zwingend als «Versicherung» auszugestalten. Das bisherigen Krankenversicherungsrecht ist denn auch entsprechend dieser Vorgabe ausgestaltet. Das Bundesgericht weist regelmässig darauf hin, dass tarifvertragliche Elemente und Entwicklungen nicht dazu führen dürfen, dass der gesetzliche Leistungsanspruch tangiert wird. Andernfalls würde gerade das Versicherungsprinzip verletzt*». Prof. Ueli Kieser führt explizit aus, «*hingegen widerspricht es dem Versicherungsprinzip, wenn die Steuerungsmassnahme so ausgestaltet ist, dass bei starker Zunahme der Leistungskosten einzig mit Blick auf Kostenbegrenzung sinkende Entschädigungen festgelegt werden*». Prof. Ueli Kieser geht auf das Argumentarium der Expertengruppe ein gemäss deren «*Wachstumsziele festzulegen seien, wobei deren Nichteinhaltung mit Sanktionen zu verknüpfen seien*». Gemäss Prof. Ueli Kieser missachtet «*die Expertengruppe die verfassungsrechtliche Vorgabe, dass eine Krankenversicherung einzurichten sei. Denn «ein Versicherungssystem kann gerade keine «Wachstumsziele» einhalten, weil es Kennzeichen der Versicherung ist, dass sie beim Eintritt des Risikos bereits anfänglich festgelegte Leistungen zu erbringen hat. Wie verfehlt die Betrachtungsweise ist, zeigt der beispielhaft gewählte Blick auf die Motorfahrzeugversicherung; hier könnte offensichtlich nicht festgelegt werden, für den Bereich der Fahrzeugreparatur durch Autogaragen bestehe eine maximale Kostenentwicklung und es würde die Entschädigung herabgesetzt, wenn die Kosten der Fahrzeugreparaturen stärker als (beispielsweise) das Einkommen anstiegen*». Dass die prinzipielle Zulässigkeit von Kostenzielen und Kostendämpfungsmassnahmen eben nicht zulässig ist, das bestätigt Prof. Ueli Kieser im vorliegenden Gutachten. Denn solche seien dem Versicherungsrecht an sich fremd. Die vom EDI vorgesehenen kostendämpfenden Massnahmen

	lassen sich widerspruchsfrei in das weiterhin bestehende System der Krankenversicherung nicht eingliedern. Prof. Ueli Kieser zeigt dezidiert auf «*Die gegenwärtig diskutierten kostendämpfenden Massnahmen in der Krankenversicherung sind damit im Ausgangspunkt Fremdkörper in einem Versicherungssystem. Dies gilt zunächst für das Globalbudget, welches mit dem Versicherungsprinzip nicht in Übereinstimmung gebracht werden kann. Nicht eingeordnet werden können aber auch kostendämpfende Massnahmen wie degressive Tarife oder vergleichbare Massnahmen. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ergeben sich damit unüberwindbare Hindernisse, wenn die bisher diskutierten kostendämpfenden Massnahmen analysiert werden. Die entsprechenden Massnahmen können mit einem Versicherungssystem nach Art. 117 BV nicht in Übereinstimmung gebracht werden*».

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMH	Art. 21	Abs. 1-3		**Daten der Versicherer:** Die Daten sind in aggregierter und anonymisierter Form weiterzugeben und sollen durch das zuständige fachspezifische Bundesamt für Statistik geführt und betreut werden und nicht durch das BAG. Die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person widerspricht aus Sicht der FMH dem Verhältnismässigkeitsprinzip und ist datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen. Die FMH bezweifelt zudem, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.	Art. 21 Abs. 2 Zweiter Satz: ersatzlos streichen a-d: ersatzlos streichen
	Art. 25	Abs. 2	i	**Ärztlich geleitete, strukturierte Programme:** Die FMH begrüsst grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung. Die FMH weist aber auf die Ausführungen im Erläuternden Bericht hin, wie folgt: «Neu sollen daher im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten	

FMH				Programmen gewisse Leistungen in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- sowie Behandlungsmassnahmen durch nicht-ärztliche nach KVG zugelassene Leistungserbringer (….) erbracht werden können». Des Weiteren heisst es «im Rahmen von definierten Behandlungsplänen und klinischen Leitlinien können auch nicht-ärztliche Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen». Die FMH weist auf die Aspekte der Patientensicherheit, Qualitätsstandards und die Qualitätssicherheit der Gewährleistung des geschuldeten Behandlungsstandards und an haftpflichtrechtliche Konsequenzen im Einzelfall hin.	
	Art. 32	Abs. 3		**Differenzierte WZW-Prüfung:** Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das bewährte Vertrauensprinzip bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem	

FMH				ersetzt werden. Offenbar zielt der Bundesrat darauf ab, sich mehr Kompetenzen im Bereich der WZW-Überprüfungen einzuräumen, namentlich was die Häufigkeit und den Umfang derselben betrifft. Damit untergräbt der Bundesrat die bestehenden funktionierenden tarifpartnerschaftlichen WZW Kontrollmechanismen gemäss Art. 56 KVG. Die alleinige Fokussierung auf eine möglichst kostengünstige Vergütung greift zu kurz. Denn gerade bei Mittel- und Gegenstände gibt es neben dem Preis auch Qualitätsaspekte die zwischen den einzelnen Produkten gänzlich unterschiedlich ausgestaltet sind. Das Qualitätskriterium soll im Zentrum stehen. Die Formulierung «namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang» zentriert sich aber auf den Aspekt der Wirtschaftlichkeit. Die Zweckmässigkeit und die Wirksamkeit finden im Gesetzeswortlaut keinen Eingang.	
	Art. 33	Abs. 3bis		**Bundesrat erhält Kompetenz von Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten strukturierten Programmen nach Art. 25 Abs. 2 Buchstabe i erbracht werden, zu definieren:**	

FMH				Mit Art. 33 Abs. 3bis VE-KVG erhält der Bundesrat die Kompetenz, die Leistungen die im Rahmen nach Art. 25 Abs. 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen, zu definieren. Die Programme zur Patienten-versorgung diese werden grundsätzlich begrüsst. Aber eine Generalvollmacht des Bundesrates zur Umsetzung des Art. 33 Abs. 3bis VE-KVG wird abgelehnt. Zudem bedarf es einer Konkretisierung unter Einbezug der Überlegungen zu haftpflichtrechtlichen Konstellationen im Einzelfall. Verweis auf Ausführungen zu Art. 25 Abs. 2 Bst. i VE-KVG.	
FMH	Art. 35	Abs. 2	o	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung:** Die Verankerung dieses spezifischen Leistungserbringers in Art. 35 Abs. 2 Bst. o geht zu weit. Die Entwicklung soll weiterhin auf persönlichem Engagement erfolgen und nicht staatlich administriert werden. Es kann nicht sein, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt.	
	Art. 36b	Abs. 1-3		**Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung:** Grundsätzlich begrüsst die FMH die Förderung der koordinierten Versorgung.	

FMH				Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke ist daher abzulehnen. Es kann nicht sein, dass auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Insbesondere lehnt die FMH ab, dass der Bundesrat bzw. das EDI im Rahmen der Bezeichnungen der Leistungen auf Stufe KLV bestimmen kann, welche nicht-ärztlichen Leistungserbringer welche Programm-Leistungen erbringen können. Diese Netzwerke müssen den Akteuren überlassen werden. Das Fachwissen das es im Sinne der Zusicherung der Behandlungsqualität braucht, ist bei den Marktakteuren gegeben und ihnen ist die Initiative zur Etablierung von entsprechenden Netzwerken zu überlassen. Die FMH weist explizit auf folgende Aussage im Erläuternden Bericht hin: «Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung rechnet alle von ihm erbrachten Leistungen gegenüber den Versicherern als ein einziger Leistungserbringer ab» (erläuternder Bericht Seite 27): dies ist aus haftpflichtrechtlicher Sicht heikel. Zudem gefährden die Pauschalen eine medizinisch sinnvolle und notwendige Behandlung durch die monetären Limitierungen. Versteckte Versorgungs-	

				limitierungen über Pauschale stehen der Behandlungsqualität der Patienten und der Patientensicherheit entgegen. Die Heterogenität unseres Landes kann auf diese Weise nicht sachgerecht abgebildet werden.	
FMH	Art. 40a	Abs. 1-7		**Erstberatungsstelle:** Die FMH spricht sich klar gegen ein Obligatorium bzw. Zwang aus und gegen diesen Eingriff in die Behandlungsfreiheit zu Lasten der Patienten. Der BR würde in der Folge noch genau festlegen, welche Leistungen der Erstberatungsstelle mit der Kopfpauschale abgegolten werden würde. Die Kopfpauschale beinhaltet prospektiv ein Global-budget. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit schränkt Art.	Ersatzlos zu streichen

				40a die freie Arztwahl ein. Die FMH spricht sich dezidiert gegen ein Obligatorium der vorgesehenen Erstberatungsstelle aus.	
FMH	Art. 40b	Abs. 1-4			Ersatzlos zu streichen
FMH	Art. 40c	Abs. 1-4			Ersatzlos zu streichen
FMH	Art. 40d	Abs. 1-2			Ersatzlos zu streichen
FMH	Art. 41	Abs. 1, 1bis-3bis		**Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** Die FMH befürwortet die vorgeschlagene Präzisierung, wonach sich die Referenztarife der Kantone für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital richten sollen, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Von spezieller Bedeutung sind die fairen Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl. Falls die Idee einzig dazu dienen soll, Transparenz, Versorgungsqualität und Wahlfreiheit der Patienten zu erhöhen ist nichts gegen sie einzuwenden. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des	

				Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen.	
FMH	Art. 42	Abs. 3ter		**Elektronische Übermittlung der Rechnungen:** Wichtig ist, dass beide heutigen Systeme «Tiers garant» und Tiers payant» weiterhin möglich sein müssen. Eine Vereinheitlichung ist heute bereits mit dem Einsatz eines verbindlichen Rechnungsformular im ärztlichen Bereich (Forum Datenaustausch) bereits die Realität und funktioniert in der Praxis sehr gut. Sei dies bei der elektronischen Übermittlung im System TP oder mittels Papierrechnung im System TG. Die Umsetzung dazu ist sehr vage formuliert und muss zwingend mit einer Übergangsfrist von 5 Jahren versehen werden, damit insbesondere auch die Umsetzung für das System TG aufgebaut und den Patienten kommuniziert werden kann.	
FMH	Art. 48a			**Art. 48a Tarifverträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung**	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 54	Abs. 1-4		**Art. 54a-d: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung:** Die FMH lehnt die Einführung von Kostenzielen mit fakultativem oder zwingenden Korrekturmassnahmen ab. Es drohen spürbare Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit und Qualität der	Ersatzlos zu streichen

FMH				medizinischen Versorgung. Ein teurer Verwaltungs-ausbau wäre nur eine der Auswirkungen des staatlichen Globalbudgets. Konsequenz wäre eine sinkende Behandlungs-qualität und wachsende Wartelisten. Die Studie des Beratungsbüros BSS vom 03. Juli 2019 im Auftrag des BAG, welche die Globalbudget-Kantone (GE, VD und TI) mit den Kantonen ohne Globalbudget und vergleichbaren Instrumenten in der Zeitperiode 2012-2015 in Bezug auf die Kostenwirksamkeit verglich, vermag keine eindeutigen Ergebnisse zu liefern. Festzuhalten ist aber: Ein dämpfender Effekt auf das Ausgabenwachstum aufgrund von Globalbudgets kann empirisch nicht bestätigt werden. Die Leistungen, auf die ein OKP Versicherter durch Gesetz und seine Prämien eigentlich weiterhin Anspruch hat, würden damit faktisch rationiert. Wo sich die medizinische Versorgung politischen Planvorgaben unterordnen muss, gerät der Patient ins Hintertreffen.	
FMH	Art. 54a	Abs. 1-4		**Kostenblöcke**	Ersatzlos zu streichen
FMH	Art. 54b	Abs. 1-4		**Kostenziele der Kantone**	Ersatzlos zu streichen
FMH	Art. 54c	Abs. 1-4		**Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung**	Ersatzlos zu streichen

FMH	Art. 54d	Abs. 1-6		**Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele**	Ersatzlos zu streichen
FMH	Art. 54e	Abs. 1-3		**Eidgenössische Kommission für Kostenziele**	Ersatzlos zu streichen
FMH	IVG Anhang Ziff. II			Die FMH lehnt die Massnahmen in der Invalidenversicherung per analogiam zu den Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 ab.	Ersatzlos zu streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : FMPP

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Dr. med. Fulvia Rota, Co-Präsidentin, Prof. Dr. med. Alain di Gallo, Co-Präsident

Telefon : 031 313 88 33

E-Mail : fmpp@psychiatrie.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Zudem würde sich daraus eine Segregation zwischen leichten und schweren Krankheitsbildern ergeben. In der Psychiatrie würde das bedeuten, dass die komplexen Krankheitsbilder aufgrund fehlender Kostendeckung nur noch ungenügend in den privaten Praxen behandelt werden könnten und in durch Subventionen unterstützte institutionelle ambulante oder stationäre Einrichtungen verschoben würden. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.

	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der psychiatrischen Praxen und institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich**	

				geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten <u>in aggregierter Form</u> enthalten müssen.
	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine <u>staatliche Zwangs-Zugangssteuerung</u> zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Fachärztin/Facharzt. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. - für die psychiatrischen Kliniken wird die Umsetzung der integrierten Versorgung erheblich erschwert. Das führt zu längeren Klinikaufenthalten, weil durch die Einführung von Erstberatungsstellen die Zuweisung in poststationäre ambulante Behandlungen erschwert wird.	

				Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
	41a				Analog 40a-d anzupassen.
P	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Von:	Samimi Nanda
An:	_BAG-Tarife-Grundlagen; _BAG-GEVER
Betreff:	Forel Klinik AG, Ellikon. Stellungnahme Massnahmenpaket II
Datum:	Donnerstag, 10. Dezember 2020 19:07:49
Anlagen:	imagebffc9c.PNG image6c4f2c.PNG 20201020H+ Stellungnahme Massnahmenpaket II_VIER.pdf

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Forel Klinik schliesst sich dem Votum von Hplus vollumfänglich an und legt Ihnen ebenfalls die Vernehmlassungsantwort vor.
Wir hoffen, unsere Anliegen wurden zahlreich deponiert und finden in der Begutachtung für die Weiterentwicklung der bundesrätlichen Massnahmen entsprechend Wirkung.

Besten Dank.

Freundliche Grüsse
Nanda Samimi

Freundliche Grüsse

Nanda Samimi
CEO

Forel Klinik AG
Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
Islikonerstrasse 5, 8548 Ellikon an der Thur

Tel: +41 52 369 11 11
direkt: +41 52 369 12 30
Fax +41 52 369 11 12

nanda.samimi@forel-klinik.ch
www.forel-klinik.ch

Informieren Sie sich vor Ort über unser Behandlungsangebot.
Jeden ersten Donnerstag im Monat in Ellikon a.d. Thur.
Weitere Informationen

Vertraulichkeitshinweis:
Der Inhalt dieses E-Mails ist vertraulich und möglicherweise besonders geschützt. Das E-Mail ist nur für den Adressaten bestimmt.
Wenn Sie nicht der beabsichtigte Empfänger sind, ist es Ihnen nicht gestattet und stellt es möglicherweise einen Gesetzesverstoss dar, wenn Sie dieses E-Mail kopieren, verbreiten oder anderweitig verwenden.
In diesem Fall bitten wir Sie, uns so rasch wie möglich zu benachrichtigen und dieses E-Mail zu löschen. Vielen Dank.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : FSP

Adresse : Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Kontaktperson : Muriel Brinkrolf

Telefon : 031 388 88 42

E-Mail : muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Datum : 01.12.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FSP	**Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP** **Wir begrüssen die ablehnende Haltung des Bundesrates zur "Kostenbremse-Initiative» der CVP, lehnen jedoch die Einführung einer Zielvorgabe, wie sie als indirekter Gegenvorschlag zur CVP-Initiative vom Bundesrat vorgeschlagen wird, ebenfalls ab. Als besonders kritisch beurteilen wir dabei die Praxistauglichkeit der Neuerung und die Auswirkungen auf die Versorgung.** Die FSP unterstützt Kostendämpfungsmassnahmen, die wirkungsvoll sind, ohne dass sie die Versorgung von Patientinnen und Patienten gefährden. Die einzuführende Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP erfüllt diese Kriterien nicht. Im Gegenteil: Die vorgängige Festlegung, wieviel die Gesundheitsversorgung kosten darf, orientiert sich nicht am medizinisch-therapeutischen Bedarf und – solange auch nicht festgelegt wird, wer ab wann welche Leistungen nicht mehr erhält – widerspricht dies auch dem Leistungsanspruch der Versicherten. Die in Vergleichsländern zu beobachtenden negativen Auswirkungen von Globalbudgets – Wartefristen, Zweiklassenmedizin und reduzierte Behandlungsqualität – tragen die Patientinnen und Patienten. Eine Zielvorgabe mit degressiven Tarifen als Korrekturmassnahme bei Nichteinhaltung ist besonders problematisch in Bereichen, wo eine Unterversorgung besteht. Gerade in ländlichen Regionen in der Kinder- und Jugendmedizin generell und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht aktuell eher eine Unter- als eine Überversorgung. Noch immer erhalten manche psychisch kranken Kinder und Jugendliche keine adäquate Behandlung. Aufgrund der höheren Sensibilisierung der Bevölkerung für psychisches Leiden und die Abnahme der Stigmatisierung wird die Inanspruchnahme in den kommenden Jahren voraussichtlich zunehmen. Auch durch die geplante Einführung des Anordnungsmodells für die psychologischen Psychotherapie wird es auf Grund von Kostenverlagerung aus dem Zusatz- in den Grundversicherungsbereich unmittelbar zu einem erwarteten Kostenanstieg kommen – der sich aber durch eine verbesserte Versorgung langfristig auszahlen wird.[1] Die FSP ist weiter der Meinung, dass die einzuführenden Kostenziele nicht nur zu Nachteilen für Patientinnen und Patienten führen, sondern zweifelt auch an der wirkungsvollen Umsetzung der geplanten Kostenziele. Der Plan ist ambitioniert und äusserst aufwändig für Bund und Kantone, soll doch der Bundesrat mindestens ein Jahr im Voraus festlegen, was die Gesundheitsversorgung insgesamt sowie pro Kanton kosten darf. Weiter soll er Empfehlungen zur Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Kostenblöcke aussprechen. Dabei berücksichtigt er bereits Einflussfaktoren wie die wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und den medizinisch-technischen Fortschritt – alles Faktoren mit vielen Interdependenzen, deren Einfluss auf die Gesundheitskosten auch im Nachhinein nur schwer ermittelbar sind. Unklar ist dabei zudem, wie andere gesundheitspolitische Massnahmen wie beispielsweise die Förderung der Interprofessionalität und die koordinierte Versorgung – Massnahmen,

[1] Künzi, K., Stocker, D., & Schläpfer, D. (2020). Volkswirtschaftlicher Nutzen des Anordnungsmodells und damit eines niederschwelligeren Zugangs zu ambulanter Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Bern: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen

	welche die FSP klar unterstützt – durch die Zielvorgabe nach Kostenblöcken erschwert werden resp. Anreize geschaffen werden, gesprochene Budgets pro Kostenblock resp. Leistungserbringer zu «verteidigen». Die FSP ist der Meinung, dass bei der Bewertung der Wirksamkeit der einzelnen kostendämpfenden Massnahmen auch solche Interdependenzen mitberücksichtigt werden sollten.
FSP	**Erstberatungsstelle** **Die FSP lehnt die Einführung einer Erstberatungsstelle in der vorgeschlagenen Form ab.** Obwohl bereits die Mehrheit der Versicherten auf freiwilliger Basis in einem Modell versichert sind, welches die freie Arztwahl einschränkt, erfolgt dieser Entscheid freiwillig und primär wegen dem damit verknüpften Prämienrabatt und nicht, weil Versicherte in diesen Modellen eine bessere Qualität der Leistungserbringung durch eine verbesserte Koordination erwarten würden. Diese Entwicklung widerspiegelt keinesfalls eine breite Akzeptanz solcher Modelle aus Qualitätsgründen noch soll sie über die Tatsache hinwegtäuschen, dass die freie Arztwahl ihre Bedeutung und Wichtigkeit in der Bevölkerung eingebüsst hätte. Gerade bei Versicherten, die bis heute in Standardmodellen mit uneingeschränkter Arztwahl versichert sind, handelt es sich um oft chronisch Erkrankte mit einem erhöhten Behandlungsbedarf und speziellen Bedürfnissen – auch im Bezug auf den Zugang zu spezialisierten Behandlungen und Therapie. Kosteneinsparungen im Bezug auf diese Patientengruppe sieht die FSP nicht über den Zwang zur Erstberatungsstelle, sondern in der Stärkung der koordinierten Versorgung. **Die mit der Einführung einer Erstberatungsstelle beabsichtigte «Überführung» der verbleibenden 30% der Versicherten in ein Modell der eingeschränkten Wahl lehnt die FSP entschieden ab. Sie ist mit zu grossen Nachteilen für die Patientinnen und Patienten verbunden und schöpft die Möglichkeiten der Stärkung der koordinierten Versorgung – welche gerade für die noch verbleibenden Versicherten in Standardmodellen im Bezug auf die Qualität ihrer Versorgung von grosser Bedeutung ist – nicht aus.** **Nachteile für die Patientinnen und Patienten ergeben sich nach Meinung der FSP primär dadurch, dass die Erstberatungsstelle mit der Aufgabe des Gatekeepings belastet werden soll resp. dies ihre eigentliche Kernaufgabe sein soll.** Die Einführung dieser Stelle erhält so in der Wahrnehmung der Versicherten in erster Linie eine Funktion der Kosteneinsparung und nicht eine, welche eine optimale Versorgung sicherstellt. Gerade im Zusammenhang mit der Einführung einer Zielvorgabe für definierte Kostenblöcke kommen Zweifel auf, inwiefern sich Erstberatungsstellen mit einer abschliessenden Entscheidungskompetenz, welche weiteren Leistungen die versicherte Person beanspruchen kann, an der optimalen Versorgung des Patienten orientieren können, ohne dass sie durch ökonomische Interessen und Vorgaben oder durch die Anzahl zulässiger Überweisungen seitens der Versicherer unter Druck geraten. Gerade Patientinnen mit chronischen und/oder schweren psychischen Erkrankungen würden somit zu einem Risiko, weil sie viele Überweisungen benötigen. Ein weiterer Nachteil sieht die FSP darin, dass die **Erstberatungsstelle NUR für die Beratung und die Beurteilung, ob weitere Leistungen in Anspruch genommen werden sollen, zuständig sein soll, nicht aber für die Koordination der Leistungen und die Dossierführung.** Klar ist, aber, dass Beratung, Koordination und Dossierführung Aufgaben sind, die ineinandergreifen und sich gegenseitig auch bedingen. So sind gute Dossierkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für eine kompetente Beratung. Die Ergebnisse einer Beratung wiederum bilden die Grundlage für die Wahl der Versorgungsketten, und aus ihr ergeben sich wichtige Kriterien für die Koordination. Zwar können die neu als Leistungserbringer

	aufzunehmende «Netzwerke der koordinierten Versorgung» auch als Erstberatungsstelle dienen, müssen aber nicht. Die FSP ist der Meinung, dass die beabsichtigen Ziele, nämlich eine verbesserte Koordination und dadurch eine bessere Qualität der Leistungserbringung und dadurch weniger Kosten nur erreicht werden können, wenn Beratung, Koordination und Dossierführung für alle Versicherten gewährleistet sind. Dies schlägt auch die Expertengruppe in ihrem Bericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» unter M27 «Verpflichtung zu Gatekeeping» vor. Sie sagt, dass der Gatekeeper erste Anlaufstelle für die versicherte Person sein soll und die weiteren Behandlungen einleiten und koordinieren soll. «Er sollte also seinen Patienten durch die ganze Versorgungskette führen können und damit eine Steuerungsfunktion wahrnehmen. Das Gatekeeping ist letztlich eng mit der integrierten Versorgung verbunden.» (vgl. S. 75-77 des Expertenberichts) **Nicht zuletzt sieht die FSP ein weiterer grosser Nachteil der Vorlage, dass die Wahl einer Erstberatungsstelle unter Zwang passieren soll. Bereits die Expertengruppe hat empfohlen, dass Gatekeeping nicht unter generellem Zwang, sondern über positive Anreize erfolgen soll. Diese Meinung teilt die FSP.** Gerade angesichts der klaren Ablehnung der Managed-Care Vorlage in der Abstimmung vom Juni 2012 ist die Freiwilligkeit ein Wert, den es dabei unbedingt aufrechtzuerhalten gilt. **Demnach fordert die FSP den Bundesrat auf, Alternativen zur Einführung einer Erstberatungsstelle in der vorgeschlagenen Form zu prüfen**. Solche Alternativen sollen Vorteile und positive Anreize speziell auch für Patientengruppen, welche heute noch in Standardmodellen versichert sind, setzen, um deren Wechsel in kostensparendere aber gleichzeitig für sie vorteilhafte Modelle, welche die integrierte Versorgung fördern, zu bewegen. Das Gatekeeping stellt ein Instrument der integrierten Versorgung dar und kann zu einer effizienten Versorgung beitragen. Diesen Aspekt ist besondere Wichtigkeit beizumessen. Diesbezüglich erachtet die FSP die Aufnahme der «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» als Leistungserbringer als einen wichtigen Schritt. Versicherungsmodelle, welche ein solches Netzwerk als Erstberatungsstelle vorsehen, könnten gerade für Versicherte mit chronischen Erkrankungen, welche besonders von einer integrierten Versorgung profitieren, eine durchaus vorteilhafte Alternative zum Standardmodell darstellen.
FSP	**Programme der Patientenversorgung** Die FSP begrüsst es, dass im Rahmen von ärztlich geleiteten strukturierten Programmen nicht-ärztliche Leistungserbringer Koordination und Beratungsleistungen sowie Überwachungsleistungen erbringen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen. Gerade für die Programme der Patientenversorgung in den vorgesehenen Bereichen «Chronische Krankheiten/Disease Management» und «Medizinische Rehabilitation», wo der Bundesrat entsprechende Leistungen auf Stufe KVV bezeichnen wird (vgl. erl. Bericht S. 47 und Art. 33 Abs 3^{bis}), sind psychologische Beratungsleistungen nicht wegzudenken – gerade auch im Hinblick auf die durch die chronische Krankheit bedingen negativen Folgen für die psychische Gesundheit der Betroffenen. Die FSP fordert demnach eine Konkretisierung von Art. 25 Abs. 2 Bst. i in dem Sinne, dass Psychologinnen und Psychologen nach PsyG Leistungen in Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen der Patientenversorgung erbringen können.
FSP	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung**

	Unter dem Namen „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ sieht der Bundesrat eine neue Kategorie von Leistungserbringern vor. Dabei handelt es sich um medizinische Erstversorger, die die Aufgaben der Koordination der Versorgung übernehmen und insbesondere für die Führung des EPD zuständig sind. **Die FSP begrüsst die Aufnahme von «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» als Leistungserbringer nach KVG zusammen mit ihrer Aufgabe, Leistungen nach den Artikeln 25-31 ambulant und koordiniert zu erbringen**. Wir sind jedoch der Meinung, dass die Gesamtleitung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung nicht von einer einzelnen Leistungserbringerkategorie abhängig sein darf. **Die Interdisziplinarität des Netzwerkes soll sich im Leitungsgremium widerspiegeln. Daher fordern wir die Streichung der Bedingung, dass das Netzwerk von einer Ärztin oder einem Arzt geleitet werden muss.** In diesen Netzwerken braucht es eine starke Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten resp. eine starke Fallsteuerung, welche natürlich auch die Kosten im Blick hat. Die strategische Führung muss diesen Fokus konsequent vertreten und dabei für die operative Ebene eine Vorbildrolle einnehmen. **Die Netzwerke brauchen zudem eine «unabhängige» Stelle, welche die Triage vornimmt.** Es sollte dabei jedem Netzwerk offengelassen werden, welche Fachpersonen es für diese Aufgabe einsetzen will. **In Bezug auf die Abgeltung der Leistungen der Netzwerke zur Koordinierten Versorgung sollen neben den Pauschalen, für bestimmte Leistungen Einzeltarifpositionen beibehalten werden**, um zu verhindern, dass multimorbide und besonders vulnerable Patientinnen und Patienten zum Kostenrisiko werden.
FSP	**Elektronische Rechnungsübermittlung** Die FSP begrüsst die Massnahme ohne weitere Bemerkungen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FSP	18	2^{septies}		Keine Bemerkungen	
FSP	21			Keine Bemerkungen	
FSP	25	2	i	Nicht in der Vorlage, aber im erläuternden Bericht (vgl. Seiten 28 und 49 wird erwähnt, dass solche Leistungen nur von nicht-ärztlichen Leistungserbringern nach KVG erbracht werden dürfen. In Bezug auf Wichtigkeit des Einbezugs der Expertise von Psychologinnen und Psychologen in solche Programme	Leistungen, die **von Leistungserbringern gemäss Art. 35 KVG und Psychologen gemäss Art. 2 PsyG** im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.

				der Patientenversorgung ist eine solche Einschränkung nicht angemessen. Zwar würden mit der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie zukünftig Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten solche Leistungen erbringen können, nicht aber Klinische Psychologinnen, Gesundheitspsychologinnen oder Psychologinnen und Psychologen mit Zusatzqualifikationen in Psychoonkologie oder Gerontopsychologie. Daher schlägt die FSP vor für die Erbringung der auf Stufe KLV zu regelnden Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit, Psychologinnen und Psychologen nach PsyG vorzusehen und keine Einschränkung auf nach KVG zugelassene Leistungserbringer vorzunehmen.	Eventualiter: Leistungen, die **von Leistungserbringern gemäss Art. 35 KVG und Psychologen mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gemäss Art. 8 PsyG** im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.
FSP	32	3		Keine Bemerkungen	
FSP	33	3bis		Vgl. Bemerkung zu Art. 25 Abs. 2 Bst. i oben.	
FSP	35	2	o	Keine Bemerkungen	
FSP	36b			Bei den Zulassungsvoraussetzungen für solche Netzwerke erachtet die FSP die Vorgabe unter Abs. 3 Bst. a, dass das Netzwerk von einer Ärztin oder einem Arzt geleitet werden muss, als nicht zweckdienlich. Die Gesamtleitung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung muss von einzelnen Leistungserbringern unabhängig sein, resp. die Interdisziplinarität des Netzwerks soll sich im Leitungsgremium widerspiegeln.	**Änderungsantrag Art. 36b Abs. 3 Bst. a** Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: ~~a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netzwerk leitet~~ die Anforderungen an die strategische und operative Gesamtleitung des Netzwerkes
FSP	40a bis 40d			Die FSP lehnt die Einführung einer Erstberatungsstelle in der vorgeschlagenen Form ab (vgl. dazu allgemeine Bemerkungen unter Punk «Erstberatungsstelle»).	Streichen

FSP	41a und b			Keine Bemerkungen	
FSP	42a	2-3		Keine Bemerkungen	
FSP	48a			Die Leistungen der Netzwerke sollen über Pauschalen abgegolten werden, welche auch die Koordination der Leistungen durch diese Netzwerke abgelten. Wir sind der Meinung, dass für Netzwerke der koordinierten Versorgung für bestimmte Leistungen die Möglichkeit einer Abrechnung über Einzelleistungspositionen beibehalten werden soll. Gerade die ambulante Psychotherapie eignet sich nicht für pauschale Abgeltung, da die Verläufe sehr unterschiedlich sind und die Behandlungsdauer dadurch nicht im Voraus bekannt ist. Auch für aufwändigere Beratungs- und Koordinationsleistungen müsste eine Einzeltarif-Position vorgesehen werden, damit kein Anreiz entsteht, solche Leistungen mit möglichst kleinem Aufwand zu erledigen und multimorbide und besonders verletzliche Patientinnen und Patienten nicht zum Kostenrisiko werden.	
FSP	52b und c			Keine Bemerkungen	
FSP	53	1		Keine Bemerkungen	
FSP	54-54e			Die FSP lehnt die Einführung von Kostenzielen ab (vgl. dazu allgemeine Bemerkungen unter Punkt «Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP»).	Streichen
FSP	64	7	b und c	Keine Bemerkungen	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation :Dr.med. Daniel Fuchs Partners Ag

Abkürzung der Firma / Organisation : Dr. Fuchs Partners Ag

Adresse : Laternengasse 4

Kontaktperson : Dr.med. Daniel Fuchs

Telefon : 043 268 06 06

E-Mail : praxis@hautdoktor.ch

Datum : 4.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 7

Weitere Vorschläge: In der ganzen Diskussion wird nie bei den Operationen unterschieden welchen Schwierigkeitsgrad ein Eingriff hat oder ob eine schwierige region ist oder nicht, die Zeitabrechnung nach Tarmed wird dem nicht gerecht _____ 11

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Dr.Fuchs Partners Ag	48	In der Pauschal Abrechnung wird der Schwierigkeitsgrad einer Operation einbezogen als auch die diversen Materialkosten di somit variieren können. Es kann nicht sein, dass man nicht unterscheiden kann ob einfach, aufwendig oder komplex und alles über eine Schere kämmt.	Unterschdeidung in Schwierikeitsgrad ; Zeitauwand und Ort des Eingriffes (Kopf/Rumpf/Hände/Füsse)

Dr. med. Beat Erne
FA Psychiatrie/ Psychotherapie
Präsident SGPP SH
Buchenstrasse 14
8200 Schaffhausen

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abt. Tarife und Grundlagen
Schwarztorstrasse 157
3003 Bern

Schaffhausen, 16.11.2020

Betreff: Massnahmenpaket 2 zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen
Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Eine vorgesehene verpflichtende Einschränkung der Freiheit der Arztwahl (sog. Obligatorische Erstberatungsstelle) sowie die Förderung von sog. Patientensteuerungs-Programmen ist aus Sicht der Schaffhauser Psychiatrie aus folgenden Gründen abzulehnen:

Politische Gründe:
Politisch ist es nicht opportun, da die verpflichtende Einschränkung der Arztwahl bereits vom Volk deutlich abgelehnt worden ist.
Es ist zudem eine anti-föderalistische Massnahme: das sog. „doctor-shopping“ ist in unserm kleinstädtischen und ländlichen sowie geografisch randständigen Kanton kein wesentliches Problem. Es herrscht ein psychiatrischer Notstand zum Teil wegen ausgeprägtem Nachwuchsmangel, zum Teil wegen verminderter Standortattraktivität. Da der Kanton ohnehin grosse Mühe hat, eine flächendeckende ambulante psychiatrische Versorgung zu gewährleisten, sind weitere Einschränkungen unklug.

Medizinische Gründe:
Wie oben ausgeführt, herrscht bei uns – wie in etlichen anderen Regionen – zwar ein grosser psychischer Notstand der Bevölkerung, es sind jedoch zu wenig Psychiater und Psychiaterinnen niedergelassen, um diese Nachfrage zu befriedigen. Staatliche ambulante Dienste können diesen Mangel nicht ersetzen, vor allem weil sie viele andere Aufgaben erfüllen müssen. Dies ist den Hausärzten bewusst; deshalb greifen sie sozusagen nie in die psychiatrische Behandlung ein und machen die Überweisungen in der Regel auf Anfrage der Patienten und Patientinnen. Das heisst im Klartext: Hausärztinnen steuern die ambulante psychiatrische Inanspruchnahme nicht, sondern die Patientinnen und ihre Psychiaterinnen.

Psychiatrische Patienten gehören den weniger vermögenden Bevölkerungsschichten an und sind häufig aus finanziellen Gründen auf Hausarztmodelle angewiesen. Der Spareffekt dürfte deshalb sehr gering sein, was die ambulante psychiatrische Behandlung betrifft. Sie sind aber auch oft misstrauisch und leisten sich gerade deshalb ein teureres Versicherungsmodell mit freier Arztwahl, wenn sie können. Dies tun sie, weil sie sich nicht dem Hausarzt anvertrauen können und wollen und weil sie wegen eigenen positiven Erfahrungen mit einer Psychiaterin oder einer Empfehlung aus ihrer Umgebung (Familie, Freunde) sich direkt an einen Psychiater wenden wollen.

Die Psychiaterinnen und Psychiater haben deshalb für psychische Leiden oft dieselbe Position wie die Grundversorger für somatische Leiden und sind direkte Ansprechpartner für die Patienten. Es ist deshalb falsch, sie anders zu behandeln.

Menschliche Gründe:
Es ist eine unnötige und politisch unkluge Diskriminierung dieser Bürger und Bürgerinnen, die die freie Arztwahl wählen und dafür bezahlen, resp. auf die entsprechende Prämienreduktion verzichten. Dies mit höchstwahrscheinlich sehr geringem Spareffekt.

Dr. med. Beat Erne
Präsident Sektion Schaffhausen der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

PS. Es wird abwechselnd die weibliche und männliche Form verwendet.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Peter Newzella, Hautarzt in Niederlassung in Givisiez, FR (GIVIMED) und CMLO in Prilly

Abkürzung der Firma / Organisation : Givimed, CMLO

Adresse : Givimed : Route André Piller 16, 1762 Givisiez

Kontaktperson : Dr Peter Newzella

Telefon : +41 26 466 15 05

E-Mail : newzella.givimed@hin.ch

Datum : 12.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr Newzella	Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

	- **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich, Dr Newzella, erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.

	Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr Newzella	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dr Newzella	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dr Newzella	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dr Newzella	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dr Newzella	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dr Newzella	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dr Newzella	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dr Newzella	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dr Newzella	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dr Newzella	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dr Newzella	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dr Newzella	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Dr Newzella	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dr Newzella	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dr Newzella	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dr Newzella	54			Ich lehne jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dr Newzella	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dr Newzella	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Givisiez, 12.11.2020

Dr Peter Newzella

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Hautarzt-Praxis Dr. med. Marianne Gloor

Rössligasse 2a, 8180 Bülach

Marianne Gloor

Tel. 044886356

marianne.gloor@hin.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermatologische Praxis M.Gloor	Als Fachärztinfür Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der

	Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer

	möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis M.Gloor	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermatologische Praxis M.Gloor	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dermatologische Praxis M.Gloor	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	

Dermatologische Praxis M.Gloor	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologische Praxis M.Gloor	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt.	

				Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologische Praxis M.Gloor	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermatologische Praxis M.Gloor	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dermanence AG Hautarzt

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse :Bahnhofstrasse 104, 8001 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. N. Gräni

Telefon : 076 572 07 07

E-Mail : graeni@dermanence.ch

Datum : 19.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermatologische Praxis Dermanence	Als Fachärztin für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der

	Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer

	möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis Dermanence	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermatologische Praxis Dermanence	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologische Praxis Dermanence	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis Dermanence	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologische Praxis Dermanence	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dermatologische Praxis Dermanence	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologische Praxis Dermanence	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologische Praxis Dermanence	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis Dermanence	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologische Praxis Dermanence	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologische Praxis Dermanence	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	

Dermatologische Praxis Dermanence	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dermatologische Praxis Dermanence	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologische Praxis Dermanence	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermatologische Praxis Dermanence	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologische Praxis Dermanence	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt.	

				Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologische Praxis Dermanence	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermatologische Praxis Dermanence	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

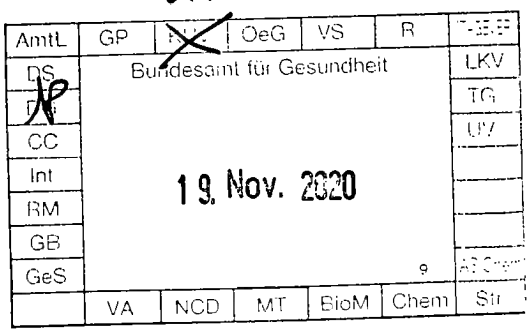
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Groupement vaudois des psychiatres et psychothérapeutes
pour enfants et adolescents (GVPPEA)
c/o Dr Marc-Antoine Antille
Rue de Bourg 30
1003 Lausanne

dii .Eil.



Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Lausanne, le 17 novembre 2020

Concerne : nouvelles mesures contre la hausse des coûts de la santé

Madame, Monsieur,

Nous vous écrivons en tant que groupement de pédopsychiatres pour le canton de Vaud suite aux mesures du Conseil fédéral soumises à consultation du 19 août 2020 jusqu'au 19 novembre 2020.

L'obligation de prendre contact avec son médecin de famille ou un centre de télémédecine avant de pouvoir consulter un pédopsychiatre est une mesure instaurée dans les modèles d'assurance maladie alternatifs (HMO, médecin de famille, telmed) qui prétérite déjà nos patients, notamment car la prise en compte de l'urgence par ce tiers n'est malheureusement pas toujours bonne et car cela peut retarder de manière importante le début de la thérapie. Or nous savons que le Conseil fédéral est sensibilisé à l'importance d'offrir de tels soins avec célérité.

Beaucoup de patients ont aussi de la difficulté à s'ouvrir sur leur souffrance psychique. Et devoir passer par un intervenant supplémentaire peut les amener à renoncer tout simplement à entreprendre une thérapie.

En élargissant cette obligation de prise de contact à l'ensemble des citoyens suisses, ce préjudice pourra s'étendre à l'ensemble de nos patients, mettant potentiellement à mal le début des soins tout en déniant l'avis d'une majorité de Suisses de ne pas toucher au libre choix du médecin.

Pour toutes ces raisons, nous demandons avec vigueur qu'une telle obligation puisse être levée définitivement.

En vous remerciant de l'attention portée à ce message, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Pour le Groupement vaudois des psychiatres et psychothérapeutes
pour enfants et adolescents (GVPPEA)

Dre Nalini Selvadoray et Dr Marc-Antoine Antille, co-présidents

p.o.

Copie à la FMH, Nussbaumstrasse 29, CP, 3000 Berne 16

Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker
Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux
Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
Swiss Association of Public Health Administration and Hospital Pharmacists
GSASA

Per E-Mail an:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 18. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»: Stellungnahme der GSASA

Sehr geehrte Damen und Herren

Die GSASA, Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker, schliesst sich der Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz an.

Ein besonderes Anliegen ist uns die Anpassung des Artikels 25, Absatz 2, Buchstabe h, für welchen wir folgenden Vorschlag unterbreiten:

Art. 25 Abs. 2:
h. die Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:
1. im Zusammenhang mit nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln,
2. im Rahmen von Früherkennungs- und Präventionskampagnen von Bund und Kantonen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden,
3. die die Kostenentwicklung dämpfen und für die eine Vereinbarung mit den Versicherern besteht.

Spitalapotheker erbringen viele Leistungen, die nicht direkt an die Abgabe eines Medikamentes gebunden sind. Diese Leistungen werden sowohl ambulant wie auch stationär erbracht.
Die vorgeschlagene Formulierung eröffnet die Möglichkeit, auch diese Leistungen margenunabhängig zu tarifieren.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse
GSASA

Petra Strub Henz
Präsidentin

Sara Iten
Geschäftsführerin

GSASA, Schweizerischer Verein
der Amts- und Spitalapotheker
Geschäftsstelle/Siège
CH-3000 Bern

Phone +41 (0) 848 04 7272
gsasa@gsasa.ch
www.gsasa.ch
MWST/TVA No CHE-114.515.044

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Gül Söllick, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

Abkürzung der Firma / Organisation :MEI

Adresse : Praxis, Steinenring1, 4051 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Gül Söllick

Telefon : 061 3017165

E-Mail : g.soellick@hin.ch

Datum : 12. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	MEI spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
MEI	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
MEI	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
MEI	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
MEI	MEI wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
MEI	21	2		MEI wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. MEI ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

MEI	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
MEI	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
MEI	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
MEI	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
MEI	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
MEI	41a				Analog 40a-d anzupassen.
MEI	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

MEI	42	3ter		Es gibt immer noch Kollegen, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
MEI	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
MEI	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

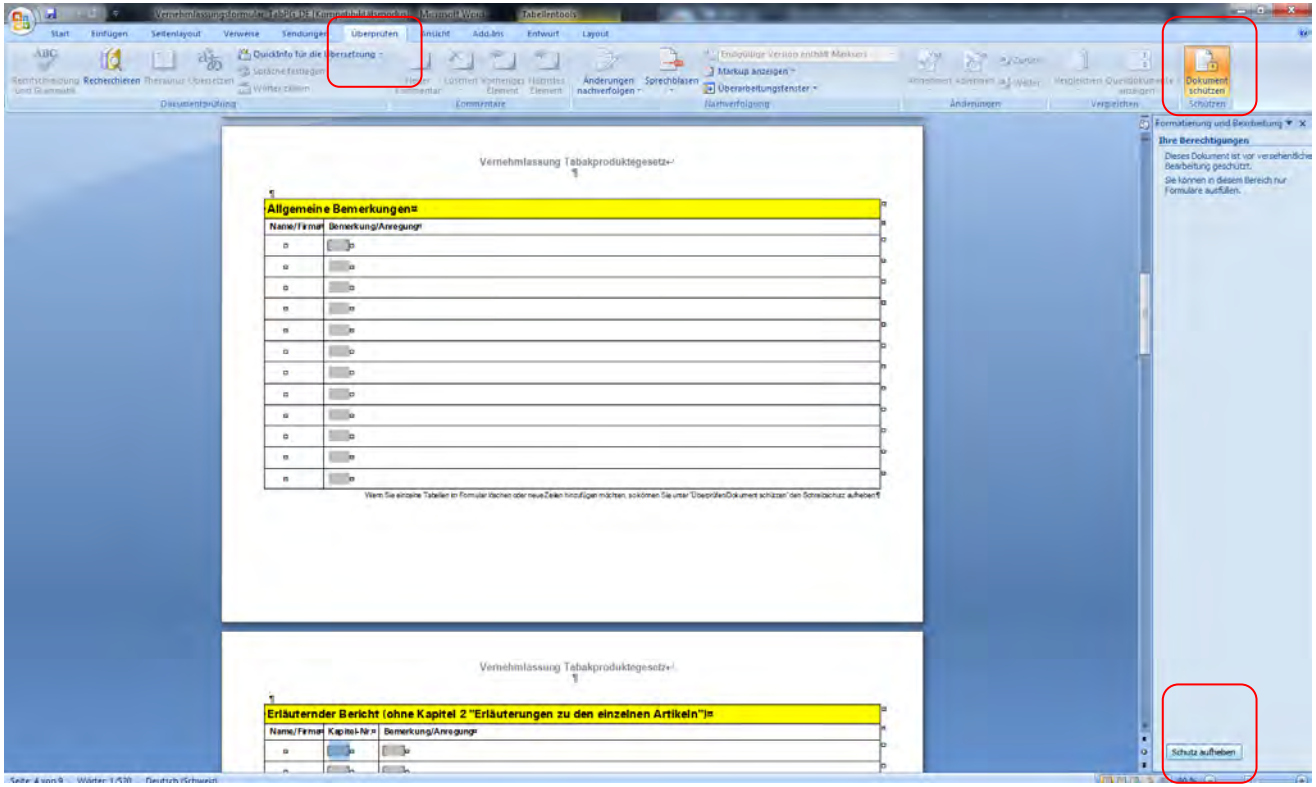
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

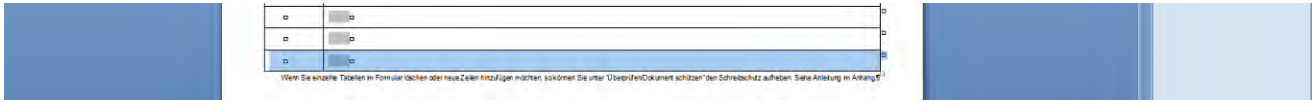
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



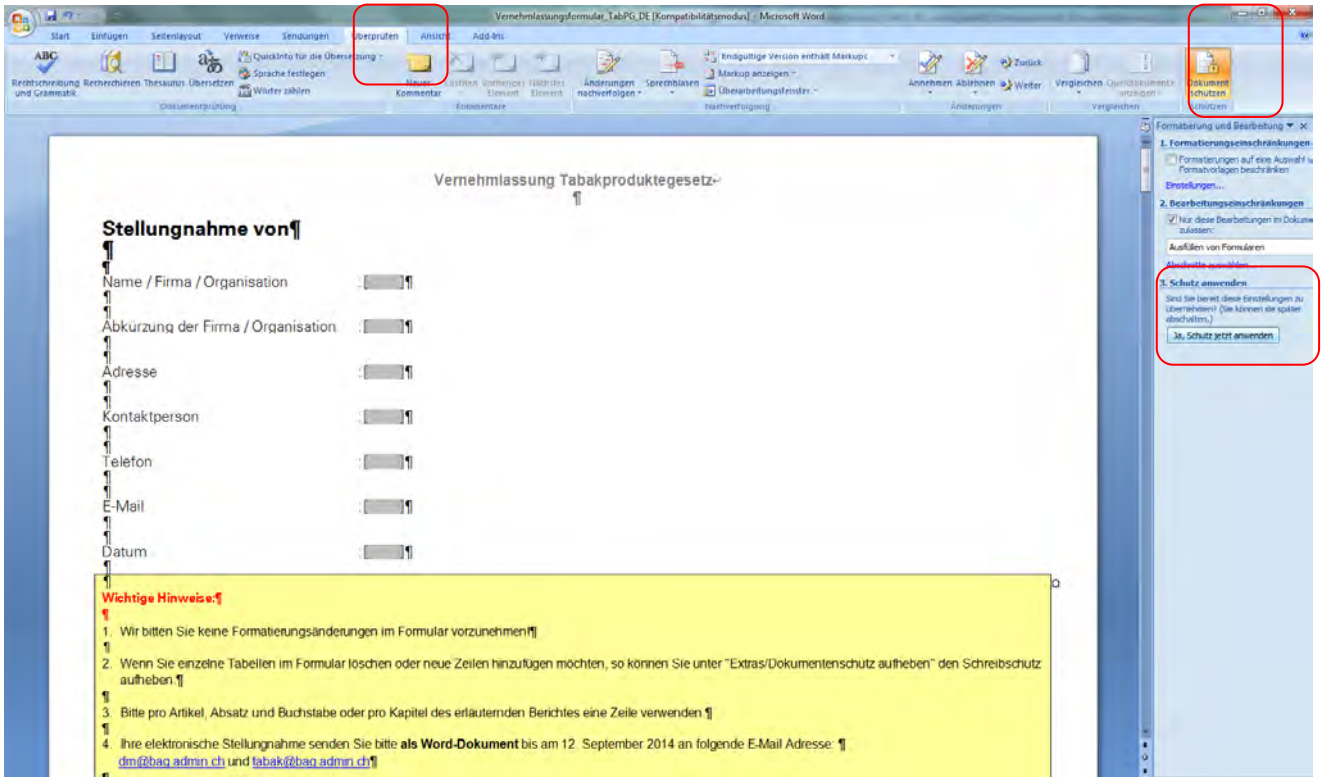
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesundheitszentrum Fricktal AG

Abkürzung der Firma / Organisation : GZF

Adresse : Riburgerstrasse 12, 4310 Rheinfelden

Kontaktperson : Linus Schmid, Leiter Stabsstelle Direktion

Telefon : 061 835 62 58

E-Mail : linus.schmid@gzf.ch

Datum : 08.12.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Einleitung Sehr geehrte Frau Lévy Sehr geehrte Damen und Herren Wir bedanken uns für die Möglichkeit, in der Vernehmlassung zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (Massnahmenpaket II) Stellung nehmen zu können. Die Gesundheitszentrum Fricktal AG betreibt an den Standorten Rheinfelden und Laufenburg je ein Akutspital und ein Pflegeheim sowie in ihrem Versorgungsgebiet mehrere Aussenstationen (Fachärztehaus, hausärztliche Praxen, Villa Robersten mit Klinik Aesthea). Zudem bestehen mit weiteren Institutionen der Gesundheitsversorgung innerhalb und ausserhalb des Kantons Aargau teilweise langjährige Kooperationen. Das GZF beschäftigt rund 1'000 Arbeitnehmende (730 FTE), davon 110 Auszubildende. **Allgemein** Die Vorlage wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Leider ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten. Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere: ➢ Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die

	herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone. ➢ Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht. ➢ Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. ➢ Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden. Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten ➢ die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden, ➢ die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel), ➢ das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden, ➢ die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden, ➢ der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft, ➢ die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert, ➢ die ambulante Versorgung gestärkt, ➢ die integrierte Versorgung gestärkt ➢ und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden. Eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung wird unterstützt, die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aber dezidiert abgelehnt. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten.

	Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird! Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
	Einführung von Kostenzielen Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget. Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet. Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet. »

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

	Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen. Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Fazit: Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.
	Erstberatungsstelle Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten.

	Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen. Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann. **Chronisch kranke Personen werden benachteiligt:** Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen. **Definition von Beratungsstellen:** Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen). Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und

	wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse. Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern. Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung. **Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion:** Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung. Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wiedereingeführt werden. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wird abgelehnt. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.
	Stärkung der koordinierten Versorgung Die Stärkung der koordinierten Versorgung wird unterstützt. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden. Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.

	Fazit Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Das Kostendämpfungspaket II wird in der vorliegenden Form abgelehnt!

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»
	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme** 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen

	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …
	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als

				differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	abgedeckt gelten. streichen
	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.
	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.

	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden.	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich: a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen

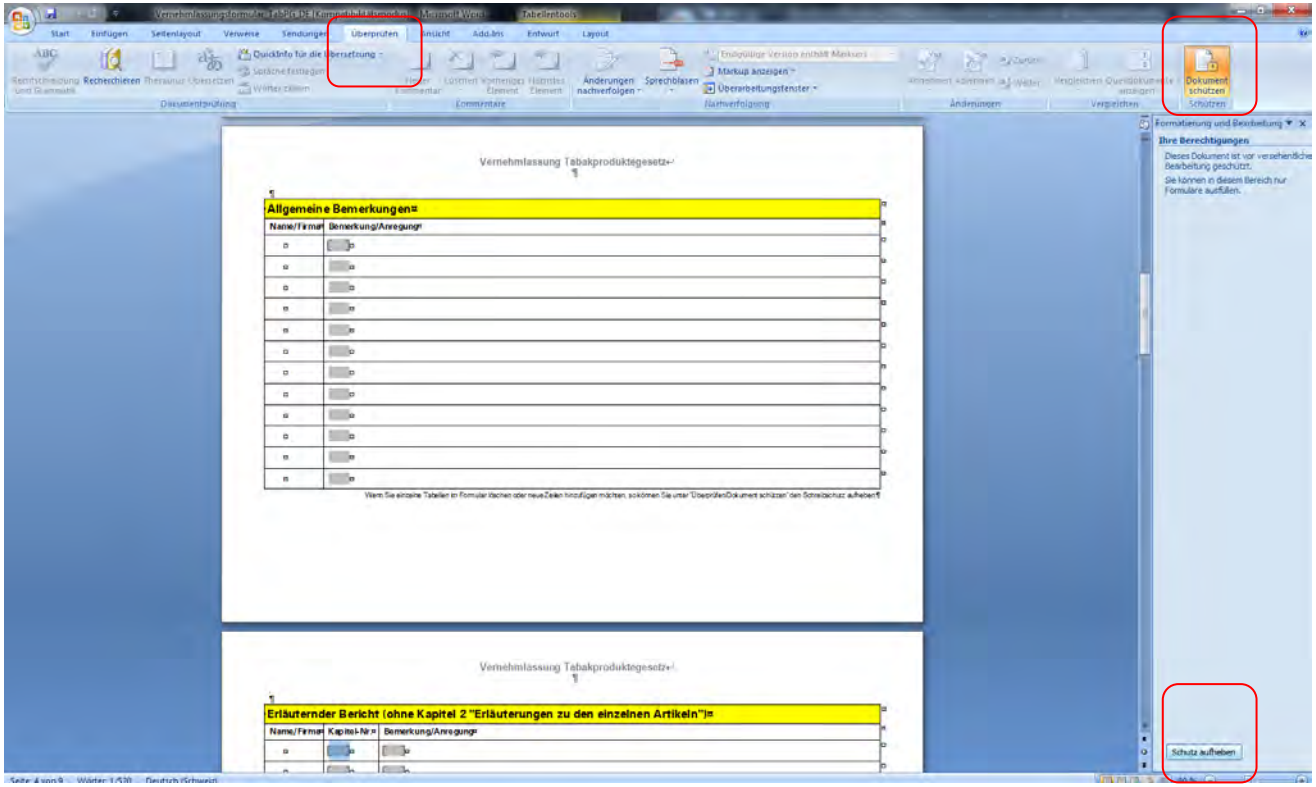
				Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	
	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

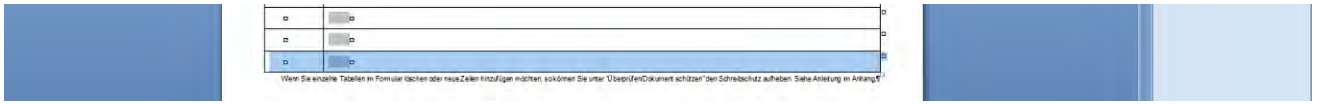
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



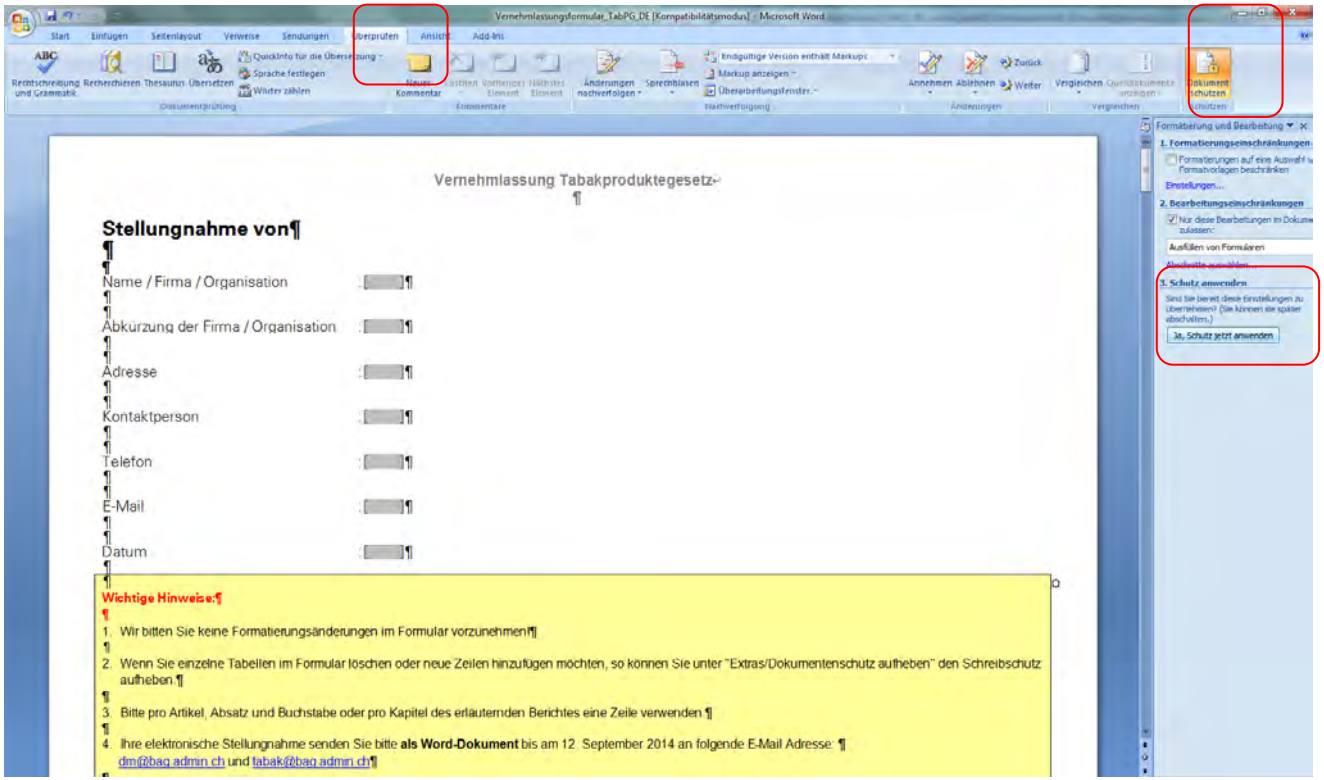
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Ort, Datum	Bern, 10. Dezember 2020	Direktwahl	031 335 11 66
Ansprechpartner	Markus Trutmann	E-Mail	markus.trutmann@hplus.ch

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative).
Stellungnahme H+

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zum obengenannten indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» eröffnet. Die Vernehmlassungsfrist wurde auf Gesuch von H+ und unimedsuisse vom 19. November 2020 auf den 10. Dezember 2020 verlängert. H+ Die Spitäler der Schweiz bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung und für die gewährte Fristverlängerung. Gerne lassen wir Ihnen unsere Stellungnahme hiermit fristgerecht zugehen.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 220 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 370 Standorten sowie über 160 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Wir vertreten über 200‘000 Arbeitsverhältnisse.

A. Allgemeiner Teil.

1. Vorbemerkung

Die am 10. März 2020 von der christlichdemokratischen Volkspartei (CVP) eingereichte und mit 103'761 gültigen Unterschriften zustande gekommene Eidgenössische Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» fordert die Einführung einer Kostenbremse im Gesundheitswesen. Wie der Bundesrat im Erläuternden Bericht zum vorliegenden indirekten Gegenvorschlag feststellt, nimmt die Initiative ein wichtiges Anliegen der Schweizer Bevölkerung auf. Die hohen Krankenversicherungsprämien stellen für viele

Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch · www.hplus.ch

Menschen eine spürbare finanzielle Belastung dar und werden von der schweizerischen Bevölkerung als eine der Hauptsorgen genannt. Die Finanzierbarkeit der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stösst, zumindest aus der Perspektive vieler Prämienzahler, auch objektiv betrachtet an ihre Grenzen. Die Gesundheitskosten explodieren zwar nicht, wie das immer wieder behauptet wird, aber sie steigen seit Jahren kontinuierlich an. Gleichzeitig besteht bei den mittleren und unteren Einkommen weitgehend ein Stillstand. Deshalb nimmt die Diskrepanz zwischen Kosten und Finanzierbarkeit zu, und dies trotz massiver Prämienverbilligungen durch Bund und Kantone[1].
H+ anerkennt diese Kostenproblematik, ist aber wie der Bundesrat der Auffassung, dass der Vorschlag der CVP, die Gesundheitskosten alleine an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und an den Lohnindex zu koppeln, zu kurz greift. Neben dem Lohn des Gesundheitspersonals wird die Kostenentwicklung durch eine Reihe weiterer nicht angebotsinduzierter Faktoren bestimmt, wie z.B. die Demographie und den medizinisch-technischen Fortschritts. H+ begrüsst deshalb das Vorgehen des Bundesrates, der Kostenbremsen-Initiative einen indirekten Gegenvorschlag entgegen zu setzen. H+ lehnt jedoch den vorliegenden Gegenvorschlag als missglückt ab.

2. Ablehnung des vorliegenden indirekten Gegenvorschlags durch H+

H+ lehnt den vorliegenden Gegenvorschlag als missglückt ab.

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziele in ihrer Ausgestaltung und ihrer Wirkung klassischen Globalbudgets. Globalbudgets sollten aber keine Massnahme sein, die allen anderen kostendämpfenden Massnahmen «übergeordnet» ist, wie es im Erläuternden Bericht heisst, sondern, wenn überhaupt, die *ultima ratio*, wenn alle anderen Massnahmen keine oder nur eine ungenügende Wirkung gezeitigt haben. Doch auch in diesem Fall wäre das Globalbudget nur aus theoretischer Sicht eine in Erwägung zu ziehende *ultima ratio*. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, soll das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudget ist deshalb verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die ambulanten Pauschalen, unnötigerweise in Frage.
Bevor zur *ultima ratio* des Globalbudgets gegriffen wird, soll weiterhin kontinuierlich nach Effizienzen gesucht werden, wie dies die Spitäler seit Jahren bereits tun. Die Einführung eines Globalbudgets wäre der Ausdruck eines Versagens der Gesundheitspolitik. Soweit sollten wir es in der Schweiz nicht kommen lassen.

H+ erklärt sich bereit, an Lösungen zur Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials mitzuwirken. Im Vordergrund sollen dabei Massnahmen stehen, die eine Effizienzsteigerung zum Inhalt haben oder die medizinisch nicht begründbaren Leistungen verhindern beziehungsweise die Indikationsqualität verbessern. Solche Massnahmen sehen wir insbesondere in der Umsetzung der im Bericht der Expertengruppe "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" vom 24. August 2017 vorgeschlagenen Massnahmen M07 "Verlagerung von stationär zu ambulant", M08 "Stärkung von HTA", M09 "Rechnungskontrolle stärken", M10 "Koordinierte Versorgung stärken", M11 "Medizinische Boards / Indikationsboard", M12 "Förderung von Behandlungsleitlinien", M13 "Förderung Zweitmeinung**".**

[1] Trutmann M. Globalbudget im Gesundheitswesen: unvermeidlich? Synapse 2018;5:6-7.

3. Zusammenfassung

H+ nimmt zu den einzelnen Elementen des Massnahmepaketes II wie folgt Stellung:

Zielvorgabe (Indirekter Gegenvorschlag)	**Ablehnung**
Erstberatungsstelle (M27)	**Ablehnung**
Koordinierte Versorgung stärken	**Ablehnung**
Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug	
Preismodelle und Rückerstattungen	**Zustimmung**
Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen	**Zustimmung**
Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl	**Zustimmung mit Vorbehalt**
Elektronische Rechnungsübermittlung	**Zustimmung**

4. Zielvorgabe (Indirekter Gegenvorschlag)

4.1. Zusammenfassung

H+ lehnt den Indirekten Gegenvorschlag in vorliegender Form insbesondere aus folgenden Gründen ab:

1. Wie die «Kostenziele» definiert sind, entsprechen sie in ihrer Ausgestaltung und ihrer Wirkung klassischen Globalbudgets.

2. Die Einführung von Kostenzielen ist nicht geeignet, die vom Bundesrat gesetzten Ziele zu erreichen:
   - Wie die Erfahrungen im In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets eine geringe oder gar keine kostendämpfende Wirkung.
   - Kostenziele bzw. Globalbudgets sind kein geeignetes Instrument, um medizinisch begründete von medizinisch unbegründeten Leistungen zu unterscheiden. Medizinisch unbegründete Leistungen sind vielmehr durch das Setzen richtiger Anreize und durch die Stärkung von Ergebnistransparenz und die Verbesserung der Indikationsqualität zu verhindern. Mit Kostenzielen bzw. einem Globalbudget werden unter Umständen auch wenig nützliche, aber gut tarifierte Leistungen oder Leistungen mit höheren Margen gefördert.
   - Unter dem Regime von Kostenzielen werden die Tarifpartner zu Exekutanten von behördlich angeordneten Massnahmen herabgestuft. Unter diesen Umständen werden sie keinerlei Anreiz haben, sich auf eine Vergütung von Leistungen zu einigen, welche eine medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung verhindert.
   - Kostenziele setzen keine Anreize zur Kostenreduktion und sind damit keine effizienzsteigernden Massnahmen.
   - Kostenziele leisten keinen Beitrag zur Reduktion medizinisch nicht begründbarer Mengenausweitung.
   - Mit der Massnahme «Kostenziel» wird das vom Bundesrat gesetzte Ziel verfehlt, die «hohe Qualität der medizinischen Versorgung und den Zugang der Bevölkerung zu dieser Versorgung sicherzustellen». Vielmehr besteht die Gefahr einer Rationierung von Leistungen, die Gefahr der Zwei-Klassen-Medizin und der Benachteiligung der vulnerabelsten Patientengruppen (chronisch Kranke mit hohen Kosten).

3. Die Vorlage bedeutet eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb und die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierten Steuerung des Gesundheitswesens. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung auf unnötige Weise, dies wohlbemerkt ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben.

4. Die vorgesehenen Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele werden viele Leistungserbringer veranlassen, ihre Leistungsmengen auszudehnen, damit sie bei Tarifkürzungen keine Einkommensverluste erleiden, dies zu Lasten von Leistungserbringern, die ihre Leistungsmengen beibehalten.

5. Die Vorlage ist nur mangelhaft mit anderen gesetzlichen Bestimmungen und laufenden gesetzgeberischen Verfahren koordiniert. Das trifft insbesondere zu auf
   - die KVG-Revision vom 21. Juni 2020 über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie
   - auf den fälschlicherweise dem Massnahmenpaket 1b zugeordneten Artikel 47c n KVG über die Kostensteuerung durch Tarifpartner.

6. Die Vorlage bedeutet eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb und die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierten Steuerung des Gesundheitswesens. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung auf unnötige Weise, dies wohlbemerkt ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben.

4.2. Allgemeiner Teil

4.2.1. Einleitung

Die Zielvorgabe stellt den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative dar und entspricht der Massnahme M01 des Berichts der Expertengruppe vom 24. August 2017 «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» (Expertenbericht). Unter Zielvorgabe versteht der Bundesrat Vereinbarungen von Kostenzielen zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Unter «Kostenzielen» wird eine verbindliche Vorgabe verstanden, die eine direkte Steuerung des Ausgabenwachstums in der Grundversicherung zulässt. Kostenziele entsprechen somit einer Budgetrestriktion[2]. Den verbindlichen Charakter erhalten die Kostenziele aufgrund vorab definierter Sanktionsmechanismen, sobald das Kostenziel überschritten wird[3]. Die Sanktionsmechanismen betreffen konkret die Tarifpartner, welche zu genehmigende Korrekturmassen bei den Tarifen vornehmen müssen, falls die von Bund und Kantonen festgelegten Kostenziele überschritten werden. Falls sich die Tarifpartner nicht einigen, können Bund und Kantone die Korrekturmassnahmen subsidiär. diktieren.
In dieser Stellungnahme werden die Begriffe «Kostenziele» und «Globalbudget» als gleichbedeutend verwendet; vgl. dazu auch Kommentar zu Art. 54 Abs. 1.

[2] Brändle T, Colombier C, Baur M, Gaillard S (2018) : Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben; Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung EFV Nr. 22. Link.
[3] Kaufmann C, Amberg H, Balthasar A, Boes S. Umsetzung von Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben in ausgewählten Ländern. Bericht zuhanden der SWICA Krankenversicherung AG. Interface Politikstudien, Luzern, 16. August 2019. Link: https://www.interface-pol.ch/app/uploads/2020/08/Be_Kostenziele_SWICA.pdf

4.2.2. Zielsetzungen des Bundesrates

Dem Erläuternden Bericht sind zahlreiche, an verschiedenen Stellen aufgeführte Zielsetzungen zu entnehmen, ohne dass dabei klar hervorginge, welche Bedeutung und Priorität der Bundesrat ihnen jeweils beimisst. In folgender, einzig der Übersichtlichkeit und nicht der politischen Wertung dienenden Zusammenstellung sind diese Zielsetzungen nach Themen gruppiert worden[4]:

1. **Medizinisch begründete Zielsetzungen**
   - Eliminierung von Mengenausweitungen, die medizinisch nicht begründet werden können;
   - Transparenz über die medizinisch begründbare Zunahme der Kosten schaffen;
   - mehr Verständnis für gerechtfertigte Kostensteigerungen schaffen;
   - Rationierung vermeiden dank Qualitätsmonitoring;
   - Tarifpartner animieren, sich auf eine Vergütung von Leistungen zu einigen, welche eine medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung verhindert.

2. **Ökonomische Zielsetzungen**
   - Orientierungswert für die Kostenentwicklung bieten;
   - direkte Wirkung auf Kosten erzielen;
   - Entwicklung der Kosten für Leistungen zulasten der OKP eindämmen;
   - Prämienanstieg begrenzen;
   - Anstieg der Beiträge von Bund und Kantonen zur Individuellen Prämienverbilligung (IPV) bremsen.

3. **Politische Zielsetzungen**
   - Massnahmen aus dem Massnahmenpaket 1 ergänzen und verstärken;
   - Gesamtsteuerung des Systems verbessern;
   - Korrekturmöglichkeiten von Bund und Kantonen stärken;
   - Formulierung von gesundheitspolitischen Absichten und Prioritäten.

Die medizinisch begründeten Zielsetzungen sind zu begrüssen und hochgradig erstrebenswert. Kostenziele sind jedoch in keiner Weise geeignet, die Erreichung dieser Ziele zu fördern. Es ist viel eher vom Gegenteil auszugehen. Die Zielvorgabe betrifft alle Leistungen gleichermassen, d.h. begründete ebenso wie wenig begründete und unbegründete Leistungen. Die Zielvorgabe wird vermutlich zu einer Reduktion auch von sinnvollen Diagnose- und Therapiemethoden führen. Es ist mit einem allgemeinen Rückgang aller Leistungen im OKP-Bereich zu rechnen. Es besteht aber kaum ein Grund zur Annahme, dass sich das Verhältnis von sinnvollen zu überflüssigen Leistungen verändern wird, schon gar nicht zugunsten von aufwendigen Leistungen für schwer oder chronisch erkrankte Patienten, selbst wenn diese Leistungen den WZW-Kriterien genügen würden. Für einen gezielten Verzicht auf medizinisch nicht indizierte Behandlungen besteht unter dem Regime reiner Kostenziele schlicht kein Anreiz. Mit der Massnahme «Kostenziel» wird das vom Bundesrat gesetzte Ziel verfehlt, «die hohe Qualität der medizinischen Versorgung und den Zugang der Bevölkerung zu dieser Versorgung sicherzustellen»[5].

Die ökonomischen Zielsetzungen sind ebenfalls sinnvoll und drängend. Noch dingender, als sinnvolle kostendämpfende Massnahmen zu ergreifen, ist eine rasche und finanzierbare Entlastung der Haushalte mit mittleren und tiefen Einkommen zu bewirken. Doch auch

[4] Diese Gruppierung und die Reihenfolge der Themen entspricht nicht zwangsläufig der Prioritätensetzung des Bundesrates.
[5] Erläuternder Bericht, Seite 11.

diese Ziele werden mit Kostenzielen, wie sie in der Vorlage vorgesehen sind, kaum erreicht werden können. Zu den Verlierern werden ausgerechnet jene zählen, die finanziell entlastet werden sollen: Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen. Wer es sich nicht leisten kann, die benötigte Behandlung in oder ausserhalb der Schweiz zu bezahlen, wird in der virtuellen Warteschlange anstehen müssen, bis die benötigte Leistung verfügbar ist bzw. von der OKP vergütet wird.

Die politischen Zielsetzungen sind hochgradig problematisch und klar abzulehnen. Mit der Umsetzung der Kostenziele würde eine regelrechter Systemwechsel stattfinden. Von einem System des sogenannten regulierten Wettbewerbs würde sich die Schweiz definitiv verabschieden und zu einem zentral und planwirtschaftlich gesteuerten Gesundheitswesen übergehen. Mit Globalbudgets, welche vordergründig als kostendämpfende Instrumente konzipiert werden, wird durch die Verteilung der finanziellen Mittel in erster Linie eine politische Steuerung des Gesundheitswesens bezweckt. Das Geld fliesst dorthin, wohin die Politik dies, vorzugsweise aus politischen Motiven, für wünschenswert erachtet. Einen solchen Systemwechsel lehnt H+ entschieden ab. Von einer politischen Steuerung würden vor allem jene Kreise profitieren, die über starke politische Einflussmöglichkeiten verfügen («Lobbyismus»). Medizinisch sinnvolle Finanzierungen und Investitionen würden in den Hintergrund treten oder sogar behindert werden.

4.2.3. Regulierungsfolgenabschätzung (RFA)

Gemäss Erläuterndem Bericht soll in Zusammenarbeit mit dem SECO eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) durchgeführt werden[6]. Die RFA soll für verschiedene Szenarien aufzeigen, welche Auswirkungen eine Zielvorgabe auf die Entwicklung der Gesundheitskosten, auf die wettbewerblichen Rahmenbedingungen und auf die Akteure im Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte, Krankenversicherer, Bund, Kantone und Gemeinden) sowie auf die Volkswirtschaft haben kann. Vorgesehen sei, so der Erläuternde Bericht, dass die RFA dem Bundesrat zusammen mit den Ergebnissen der Vernehmlassung unterbreitet werde.
H+ begrüsst die Durchführung einer RFA. Diese sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Gemäss RFA-Richtlinien des Bundesrates vom 6. Dezember 2019[7] sollen RFA's bei sämtlichen Rechtsetzungsvorhaben des Bundes auf allen Stufen Anwendung finden (Art. 1.2 Abs. 2). Darüber hinaus sollen bei Vorhaben, die bei mehr als 1000 Unternehmen zusätzliche Regulierungskosten verursachen oder einzelne Branchen besonders stark belasten, quantitative Schätzungen der Regulierungskosten vorgenommen und gemäss dem Botschaftsleitfaden standardisiert ausgewiesen werden (Art. 3.2 Abs. 4). Ein solches Vorhaben liegt mit der hier vom Bundesrat vorgeschlagenen Zielvorgabe ohne jeden Zweifel vor. H+ erwartet, dass eine diesen Standards genügende RFA ausgearbeitet wird. Es wäre zu erwarten gewesen, dass die RFA bereits zum Zeitpunkt dieser Vernehmlassung vorgelegen wäre.
H+ erklärt sich gerne bereit, im Rahmen der RFA an der Befragung durch das mandatierte Institut teilzunehmen und den Experten für darüber hinaus gehende Informationen und Überlegungen zur Verfügung zu stehen.

4.2.4. Erfahrungen mit Globalbudgets

Seit Einführung des KVG 1996 verfügen die Kantone über die Möglichkeit, ein Globalbudget, d.h. einen Gesamtbetrag als finanzielles Steuerungsinstrument für die Finanzierung der Spitäler

[6] Erl. Bericht, Seite 42.
[7] BBl 2019 8519, in Kraft getreten am 1. Februar 2020.

oder der Pflegeheime festzusetzen (Art. 51 KVG). Davon machen bis zum heutigen Tag nur gerade drei Kantone Gebrauch: Genf, Tessin und Waadt. Ausserdem können die Versicherer beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt (Art 54 KVG). Es ist nicht überliefert, ob ein solcher Antrag vonseiten eines Krankenversicherers jemals gestellt, geschweige denn von einem Kanton angenommen wurde. Wenn dies aber in den letzten 24 Jahren nie der Fall war, darf die Frage gestellt werden, wie zweckmässig und zu unserem Gesundheitssystem passend der Vorschlag ist, ein Globalbudget über das gesamte Gesundheitswesen zu stülpen.

Immerhin können aus den drei Kantonen mit Globalbudget gewisse Erkenntnisse über die Wirksamkeit dieses Steuerungsinstruments gewonnen werden. Im Auftrag des BAG wurde die Studie zum Thema «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» durchgeführt[8]. Um die Wirkungen der Globalbudgets zu beurteilen, wurde ein Vergleich zwischen den Kantonen, die in den Jahren 2012 bis 2015 Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG angewandt hatten und Kantonen, die dieses Instrument nicht verwendet hatten, durchgeführt. Zu den Kantonen mit Globalbudget wurden auch solche mit alternativen Instrumenten der Mengensteuerung zugeordnet, sodass im Ergebnis die Kantone Genf, Neuenburg, Tessin und Waadt die Elemente der ersten Gruppe bildeten. Tabelle 1 fasst die Ergebnisse dieser Studie zusammen. Auffällig und für Befürworter eines Globalbudgets enttäuschend ist, dass Kantone mit Globalbudget und Kantone ohne Globalbudget in den Jahren 2012 bis 2015 genau die gleiche jährliche Wachstumsrate der OKP-Ausgaben pro Kopf vorzuweisen haben.
Gestützt auf diese Studie musste der Bundesrat in seinem Bericht «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen»[9] feststellen: «In Bezug auf die OKP-Gesamtkosten wurden die Kostendämpfungsziele in beiden Kantonsgruppen nicht erreicht». Entgegen dieser Erkenntnis schlussfolgert der Bundesrat: «Aus theoretischer Sicht ist es in jedem Fall klar begründet, von einer dämpfenden Wirkung dieser Instrumente [Globalbudget und/oder verwandte Instrumente] auf das Mengen- und damit auch das Ausgabenwachstum auszugehen». Der Bundesrat schliesst den Bericht mit dem Hinweis, dass er eine Vorlage für eine Zielvorgabe erarbeiten lässt. Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass sich der Bundesrat nicht von empirisch erhärteten Fakten, sondern von theoretischen Überzeugungen leiten lässt. Der vorliegende Gesetzesentwurf ist nun der konkrete Ausdruck dieser theoretischen bzw. ideologischen Überzeugung.

[8] Lobsiger M, Frey M. Globalbudget in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung. Basel, 22. Mai 2019. Link.
[9] Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 14.3385 SGK-NR vom 10. September 2014. Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen. Bern, 3. Juli 2019. Link.

Tabelle 1. Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle pro Kopf und Ausgaben pro Kopf, 2012-2015.

	Kantone mit Globalbudgets u./o. alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015	Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)	0,6%	1,2%
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)	0,1%	0,1%
OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant)	4,4%	4,7%
OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)	2,7%	2,7%
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	1,8%	--1,2%
Ausgaben Kantone & OKP spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich)	1,4%	--0,4%
Ausgaben aller Finanzierungsträger(a) für Spitalbereich (stationär und ambulant)	3,2%	2,4%

*Finanzierungsträger: Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger.

Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH ziehen aus der Studie von Lobsiger und Frey gänzlich andere Schlüsse als der Bundesrat[10]:

> «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) [31][11]. Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien [32][12] und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf [33][13]? Angesichts solcher offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.»

[10] Trezzini B, Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019;100(33):1057—1060. Link.

[11] Siehe z.B. Felder S, Meyer S, Selcik F, Gmünder M (2018). Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013–2016. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz (PKS) (vgl. www.privatehospi-tals.ch → news); sowie Ecoplan (2019). Finanzierung der gemein-wirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizit-deckungen der Spitäler durch die Kantone, Bern: Bundesamt für Gesundheit (wobei im Rahmen dieser Studie die Kantone Waadt und Neuenburg keine Daten lieferten; vgl. www.bag.admin.ch → Das BAG → Publikationen → Evaluationsberichte → Kranken- und Unfallversicherung → KVG-Revision Spitalfinanzierung.

[12] Vg l. www.obsan.admin.ch → Indikatoren → Finanzierung im Gesundheitssystem → Prämien in der obligatorischen Krankenpfle-geversicherung (OKP).

[13] Vg l. www.obsan.admin.ch → Indikatoren → Kosten im Gesund-heitssystem → Kosten in der obligatorischen Krankenpflege-versicherung (OKP.

H+ schliesst sich dieser Analyse bzw. diesen treffenden Fragen an, allerdings ohne das Prinzip der GWL und das Konzept des Globalbudgets gegeneinander ausspielen zu wollen, wie dies hier in etwas pointierter und reduzierender Art suggeriert wird. Solange diese Fragen nicht beantwortet sind, ist es fahrlässig, das gesamte schweizerische Gesundheitssystem einem Globalbudget zu unterwerfen. **Aus diesem Grund lehnt H+ den Indirekten Gegenvorschlag dezidiert ab.**

4.2.5. Rolle der Kantone

Mit dem vorgeschlagenen System der Zielvorgaben greift der Bundesrat massiv in die verfassungsmässig garantierten Kompetenzen der Kantone ein. Deren Rolle würde sich in Zukunft auf untergeordnete ausführende Tätigkeiten beschränken. Es ist nicht einzusehen, wie die Kantone unter diesen Umständen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung garantieren können. Hingegen würden die Kantone zum Schauplatz von Verteilungskämpfen werden, welche die bisher gut funktionierenden Planungstätigkeiten deutlich erschweren wenn nicht sogar lähmen würden. **H+ lehnt eine solche Entwicklung entschieden ab.**

4.2.6. Rolle der Tarifpartner

Im System der Kostenziele spielen die Tarifpartner die Rolle von Exekutanten der bundesrätlichen Budgetpolitik. Dadurch würde die Tarifpartnerschaft geschwächt und die Tarifautonomie eingeschränkt werden. Die heute schon chronisch untertarifierten ambulanten und stationären Tarife würden noch mehr an Bedeutung verlieren. Der KVG-Grundsatz, wonach effizient und in der nötigen Qualität erbrachte Leistungen kostendeckend tarifiert werden sollen, würde seiner Substanz beraubt werden. Die Kalkulation der Tarife würde sich nicht mehr von betriebswirtschaftlicher Sachgerechtigkeit leiten lassen, sondern würde im Wesentlichen folgender Formel entsprechen:

$$Tarif = \frac{Globalbudget}{Anzahl\ Leistungen}$$

In diesem System gibt es eigentlich nicht mehr viel zu verhandeln. Die wichtigsten Entscheidungen werden im Vorfeld von der Politik getroffen. **H+ lehnt eine solche Degradierung der Tarifpartnerschaft und Tarifautonomie entschieden ab. Damit würde ein fundamentales Element des KVG gewissermassen auf den Kopf gestellt werden.**

4.2.7. Zentralistische und planwirtschaftliche Steuerung

Bei näherer Betrachtung erweisen sich Zielvorgaben oder Globalbudgets, wie auch immer sie genannt werden sollen, nicht so sehr als Instrumente der Kostenkontrolle oder der Kostenbeschränkung, sondern vielmehr als politisches Steuerungsinstrumente. Das ist letztlich der Grund, warum die Entwicklung der Gesundheitskosten in den Ländern der Europäischen Union, die alle in der einen oder anderen Form ein Globalbudget für das Gesundheitswesen kennen, nicht wesentlich anders als in der Schweiz verläuft. Mit dem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten zwar nicht eindämmen, aber die Geldflüsse dorthin lenken, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Was aus politischer Sicht

förderungswürdig erscheint, sei es aufgrund von neuen Erkenntnissen, was aber eher selten der Fall ist, da politische Entscheidungen selten evidenzbasiert getroffen werden, oder aufgrund von gerade herrschenden Modeströmungen, was sehr oft der Fall ist, kommt in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Wettbewerb um die Gunst der Politik bedeutet in einem demokratischen System in erster Linie Lobbyismus, d.h. Wettbewerb um die Gunst der politischen Entscheidungsträger. Mit dem Einbezug der Bevölkerung bei politischen Entscheidungen, wie dies in der halbdirekten Demokratie schweizerischen Zuschnitts möglich ist, findet auch ein korrektiver Wettbewerb um die Zustimmung der Bevölkerung statt, jedoch nur in beschränkten Massen. Alleine schon aus Gründen beschränkter Ressourcen kann nicht gegen jede Entscheidung ein Referendum ergriffen werden. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle des Lobbyismus zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer, Patienten oder Arbeitnehmer. Allerdings ist es unwahrscheinlich, dass sich die Interessen einflussreicher Kreise mit den Interessen einer wissenschaftlichen, evidenzbasierten und qualitätsorientierten Medizin decken. Eine sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens wäre unter diesen Umständen schwer beeinträchtigt.

H+ wünscht eine solche Entwicklung nicht und lehnt deshalb den bundesrätlichen Indirekten Gegenvorschlag ab.

4.3. Besonderer Teil

Art. 54 Kostenziele

Art. 54 Abs. 1: Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): Krankenversicherung.
a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;
b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54*a*) in der Schweiz.

Kommentar:

- Aus dieser Bestimmung und aus dem Erläuternden Bericht[14] geht klar hervor, dass die Kostenziele einem Globalbudget entsprechen. Der Begriff Globalbudget ist im KVG etabliert und wird in Art. 51 und Art. 54 KVG im gleichen Sinn verwendet wie hier die Kostenziele. Im Sinn einer einheitlichen Terminologie und um Missverständnisse zu vermeiden soll der Begriff «Kostenziele» konsequent mit «Globalbudget» ersetzt werden. Die spitzfindige Unterscheidung zwischen «Globalbudget» und «Kostenziele», wonach letztere kein Globalbudget i.e.S. seien, ist aufgrund der hier verwendeten Definition nicht länger haltbar und soll im Interesse einer fairen und transparenten Kommunikation aufgegeben werden.

- Gemäss Erläuterndem Bericht[15] bedeutet der Verweis auf die «Leistungen nach diesem Gesetz», dass nicht nur die «Nettoleistungen» der Versicherer, sondern auch die Kostenbeteili-

[14] Erl. Bericht, Seite 75: «Die Kostenziele des Bundesrates sind definiert als maximale Kostensteigerungsrate (Prozentsatz im Vergleich zum Vorjahr), welche für die Kosten der OKP nicht überschritten werden soll».
[15] Erl. Bericht, Seite 75.

gung der versicherten Personen sowie die Mitfinanzierung der Kantone für stationäre Leistungen im Kostenziel enthalten sind. Im Falle der Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG, an denen die OKP Beiträge leistet, bezieht sich das Kostenziel jedoch nur auf diese Beiträge der OKP, weil die Gesamtkosten dieser Leistungen nicht durch das Gesetz geregelt werden, sondern die Restfinanzierung den Kantonen obliegt. Diese Präzisierung ist wesentlich und soll nicht nur im Erläuternden Bericht, sondern auch in der Bestimmung explizit ausgeführt werden.

- Eine zuverlässige Aussage über die OKP-Kosten eines Jahres kann erst 6 Monate nach Jahresabschluss gemacht werden. Da der Bundesrat die Kostenziele spätestens 12 Monate vor Beginn des Kalenderjahres festlegen soll (Art. 54c Abs. 1), kann er die Kostenziele für das Kalenderjahr x nicht auf der Basis der Kostendaten des Vorjahres x – 1 berechnen, sondern muss sie auf der Basis der Kostendaten aus dem Jahr x – 3 festlegen. Dieser Umstand muss bei der Festlegung der Kostenziele zwingend berücksichtigt werden. Art. 54 Abs. 1 ist entsprechend zu korrigieren.

- Ein Kostenziel, welches auf der Basis von drei Jahre zurückliegenden Daten berechnet wird und Faktoren wie z.B. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung berücksichtigen soll (Art. 54 Abs. 3), ist zwangsläufig mit grosser Unsicherheit behaftet. Es ist anzunehmen, dass die Kostenziele die tatsächliche Entwicklung von Wirtschaft, Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt nur mit eingeschränkter Genauigkeit prognostizieren können. Aus diesem Grund ist bei der Festlegung des Kostenziels neben der Toleranzmarge eine zusätzliche Marge hinzuzufügen, welche die statistische Unsicherheit abbildet. Da es dem Bundesrat ein Anliegen ist, jegliche Form von Rationierung zu vermeiden, ist das Kostendach so festzulegen, dass es nicht schon durch blosse statistische Schwankungen überschritten werden kann.

- Die Halbwertszeit des medizinischen Wissens beträgt ca. 3 Jahre und ist damit wesentlich schnelllebiger als der politische Planungsprozess. Hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung ist speziell problematisch, dass je niedriger die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung sind, die Kosten weniger Ansteigen dürfen. In der Psychiatrie verhält sich der Wirkmechanismus nachhinkend und genau umgekehrt. Mit steigender Arbeitslosigkeit, mit Rezession mit geringerer Lohnentwicklung steigt die Wahrscheinlichkeit psychiatrischer Erkrankungen in der Bevölkerung und es entstehen höhere Kosten. Weiter haben Faktoren wie die demographische und die wirtschaftliche Entwicklung Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Diese Entwicklungen gehen mit einer wahrscheinlichen Mengenausweitung bzw. einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen einher. Die Kostensteigerung führt alsdann wiederum zu einer möglichen Tarifsenkung und zur Unterfinanzierung der Angebote. Eine gute Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen wird damit verhindert. Zudem können die Leistungserbringer kaum vorausschauende Angebotsstrategien verfolgen, da die Planungssicherheit nicht mehr gegeben ist.

Art. 54 Abs. 2: Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:
a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen;
b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können.

Kommentar: Es ist nicht ersichtlich, nach welchen Massstäben und Regeln die nationalen Kostenziele auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen werden sollen. Wenn beispielsweise Faktoren wie Bevölkerungszahl und Wirtschaftsleistung berücksichtigt werden sollen, so müsste festgelegt werden, wie diese Faktoren zu gewichten sind. Hat ein wirtschaftsstarker Kanton Anrecht auf ein grösseres Budget oder soll gerade umgekehrt ein wirtschaftsschwacher Kanton mit einem verhältnismässig höheren Globalbudget gefördert werden? Da die Kostenziele deklariertermassen auch dazu dienen sollen, gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten zu formulieren[16], ist es durchaus denkbar, dass sich der Bundesrat bei der Verteilung des nationalen

[16] Erläuternder Bericht, Seite 76

Globalbudgets auf die Kantone von politischen Überlegungen leiten lässt. Da die Kostenziele einen tiefgreifenden Einschnitt in die kantonale Kompetenzhoheit darstellen und massive Auswirkung auf Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit haben können, müssen die Regeln der Budgetaufteilung auf die Kantone besonders hohen Ansprüchen an demokratischer Legitimität und Konformität mit Verfassung und geltendem Recht genügen. Dieser Aspekt wird jedoch weder im Gesetzesentwurf noch im Erläuternden Bericht auch nur mit einem Wort behandelt. **Alleine schon aus diesem Grund ist der indirekte Gegenvorschlag als unausgereift zu beurteilen und klar abzulehnen.**

Art. 54 Abs. 3: Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:
a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung;
b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung;
c. den medizinisch-technischen Fortschritt.

Kommentar: Die Aufzählung der Kriterien unter den Buchstaben a, b und c ist nicht abschliessend[17]. Selbst eine grobe Schätzung über das Effizienzpotential im schweizerischen Gesundheitswesen, wie sie vom BAG in Auftrag gegeben und auf 16 bis 19% der OKP-Leistungen beziffert wurde[18], soll bei der Festlegung der Kostenziele herangezogen werden können. H+ lehnt eine derart beliebige Berechnungsgrundlage der Kostenziele dezidiert ab. Damit werden Tür und Tor für Phantasien und Willkür aller Art geöffnet. H+ fordert, dass ausschliesslich mess- und überprüfbare Daten sowie anerkannte Methoden als Grundlagen zur Berechnung der Kostenziele herangezogen werden dürfen. Alsdann ist festzulegen, wie die einzelnen Kriterien gewichtet werden sollen. Die hierzu getroffenen Entscheidungen sind offenzulegen. Nachweislich falsche Datengrundlagen und methodische Fehler sind zu korrigieren. Dazu müssen im Gesetz Rekurs- und Korrekturmöglichkeiten eingeräumt werden.
H+ erwartet grosse Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines belastbaren und anerkannten Modells zur Bewertung der Morbidität der Wohnbevölkerung. Dies wird bei der Bewertung des medizinisch-technischen Fortschritts in noch grösserem Masse der Fall sein. Es sind jedoch gerade diese Faktoren, welche die Kostenentwicklung am stärksten beeinflussen. Es sei deshalb an dieser Stelle grundsätzlich festgehalten, dass Kostenziele kaum geeignet sind, eine sinnvolle und wirkungsvolle Kostensteuerung zu ermöglichen. Hingegen sind endlose wissenschaftliche und pseudowissenschaftliche sowie rechtliche Streitigkeiten über Auswahl, Berechnung und Gewichtung der den Kostenzielen zugrunde gelegten Kriterien zu erwarten. **Die klassischen Nachteile einer jeden Planwirtschaft treten hier besonders deutlich hervor und sprechen klar gegen einen solchen Ansatz.**

Art. 54 Abs. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt.

Kommentar: Gemäss Erläuterndem Bericht sei bei der Festlegung der Kostenziele darauf zu achten, dass der Zugang der Versicherten zu den versicherten Leistungen trotz dieser Eingriffe und der darauf gestützten Korrekturmassnahmen gewährleistet sei. Weiter heisst es: «Korrekturmassnahmen dürfen also nicht so einschneidend sein, dass gewisse Leistungen für die versicherten Personen in der Folge gar nicht mehr verfügbar sind, etwa weil Leistungserbringer ihre Tätigkeit einstellen.» Es ist jedoch nirgends ersichtlich, wie verhindert werden soll, dass genau dieser Fall eintritt. Wenn ein bestimmter Leistungserbringer für eine Leistung nicht mehr oder nur noch zu einem reduzierten Tarif vergütet wird, weil das Kostenziel im entsprechenden Kostenblock überschritten wurde, würde es dem Sinn und Zweck der Kostenziele geradezu widersprechen, wenn der betroffene Leistungserbringer diese Leistung trotzdem erbringen würde. Auch kann der Leistungserbringer nicht dazu verpflichtet werden, eine Leistung zu erbringen, die für ihn wirtschaftlich keinen Sinn mehr macht, weil der Tarif nicht mehr kostendeckend ist.

[17] Erl. Bericht, Seite 76
[18] ZHAW und INFRAS. Effizienzpotential bei den KVG-pflichtigen Leistungen. 2019. Link.

Eine solche Verpflichtung wäre ein massiver Eingriff in die verfassungsmässig garantierte Wirtschaftsfreiheit und ist – zurecht – im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Sollte aber eine bestimmte Leistung trotzdem vergütet werden, obwohl sie zu einem Kostenblock gehört, dessen Kostenziel überschritten wurde, müsste festgelegt sein, welcher Kostenträger bzw. welches Budget dafür aufkommen muss. Eine entsprechende Regelung fehlt aber vollständig.
Der Zugang der Versicherten zu versicherten Leitungen kann somit nur garantiert werden, wenn eine gesamtschweizerische Übersicht über aktuell angebotene und nicht mehr angebotene Leistungen besteht. Ohne eine solche, täglich zu aktualisierende Übersicht wären lange Wartezeiten zu erwarten, wie sie für alle planwirtschaftlich organisierten Gesundheitssysteme typisch sind. Eine solche Übersicht ist aber nicht vorgesehen. Deshalb kann dem Versicherten keine Garantie auf Zugang zu versicherten Leistungen gegeben werden. Die Aussage im Erläuternden Bericht, wonach Korrekturmassnahmen nicht dazu führen sollen, dass gewisse Leistungen nicht verfügbar sind, erweist sich als leere Versprechung. Abgesehen davon, dass der angeblich gewährleistete Anspruch des Versicherten auf Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen nicht geregelt und deshalb illusorisch ist, nützt dem Versicherten diese Garantie nichts, wenn die Leistung zum Zeitpunkt der Nachfrage nicht angeboten wird.
Im Ergebnis erweisen sich Kostenziele als inkompatibel mit dem Anspruch auf versicherte Leistungen und sind deshalb verfassungs- rechts- und systemwidrig.

Art. 54 Abs. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft.

Kommentar*:* Diese Bestimmung ist überflüssig bzw. nicht sinnvoll.

Die Kostenentwicklung wird seit Jahrzehnten kontinuierlich und systematisch vom Bundesamt für Statistik erhoben wird. Mit Einführung und Förderung des «Once Only»-Prinzips im Rahmen der vom Bundesrat beschlossenen Nationalen Datenbewirtschaftung (NaDB) ist besonders darauf zu achten, redundante Datenerhebungen und parallele Datenflüsse zu vermeiden. Dies gilt auch und insbesondere für das Gesundheitswesen.

Auf behördlicher Ebene genügt es, die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der Kostenziele im Rahmen der jährlichen Zielerreichungsüberprüfung festzustellen. Kausalzusammenhänge zwischen Kostenzielen und Kostenentwicklungen zu erforschen, ist eine wissenschaftliche Tätigkeit, die keiner besonderen Regelung bedarf, insbesondere nicht im Rahmen einer KVG-Revision.

Den Einfluss der Kostenziele auf die Qualitätsentwicklung isoliert zu betrachten, ist wenig sinnvoll. Bekanntlich soll der Bundesrat jeweils für vier Jahre die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festlegen (Art. 58 nKVG). Weiter sollen die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abschliessen (Art. 58a nKVG). Schliesslich setzt der Bundesrat zur Realisierung seiner Ziele im Bereich der Qualitätsentwicklung eine Kommission (Eidgenössische Qualitätskommission) ein (Art. 58b Abs. 1 nKVG). Aus diesen bereits vom Parlament bereits verabschiedeten Bestimmungen ergibt sich, dass die Überprüfung der Qualitätsentwicklung bereits im Detail geregelt ist. Die Eidg. Qualitätskommission wird problemlos auch den Einfluss der Kostenziele auf die Qualitätsentwicklung prüfen können und dies auch tun müssen.

Es sei an dieser Stelle ausdrücklich vermerkt, dass die mangelnde Koordination zwischen dem Massnahmenpaket 2 und der KVG-Änderung vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) ebenso auffällig wie unverständlich ist. Es scheint dem Bundesrat entgangen zu sein, dass sowohl Kostenziele als auch Qualitätsziele letztlich von den gleichen Tarifpartnern umgesetzt werden müssen. Gesetzliche Bestimmungen aber, die mangelhaft aufeinander abgestimmt sind, werden zwangsläufig zu Vollzugsproblemen führen, welche die Akteure aus eigener Kraft nicht werden lösen können, welche aber deren Arbeit massiv erschweren wird. Wenn

schon – zurecht! – immer wieder auf Qualitätsverbesserungen bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung insistiert wird, so darf sicher auch einmal der Wunsch geäussert werden, dass der Qualität der Gesetzgebung eine ebenso grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden soll.

Der Bundesrat lehnt die Kostenbremse-Initiative ab, weil die Gefahr bestehe, dass die [von der Initiative vorgesehene] starre Ausgabenregel je nach Umsetzung eine Rationierung der Leistungen zur Folge habe und in eine Zweiklassenmedizin führe. Mit dem Indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative will der Bundesrat die Kostenziele «ausdrücklich so festsetzen, dass eine Rationierung von medizinisch sinnvollen und wirtschaftlichen Leistungen vermieden werden kann. Zur Erreichung dieses Ziels sieht er Begleitmassnahmen wie ein zeitnahes Qualitätsmonitoring vor, wie dies in Art. 54 Abs. 5 festgelegt ist. Die Sorge des Bundesrates ist berechtigt. Rationierungen sind eine typische Erscheinung in Gesundheitssystemen mit Globalbudgets. Die vom Bundesrat vorgesehenen Kostenziele unterscheiden sich in ihrer Wirkung jedoch nicht von Globalbudgets. Deshalb sind auch unter diesem Regime Rationierungserscheinungen zu erwarten. Wenn der Bundesrat solche Erscheinungen vermeiden möchte, ist das grundsätzlich zu begrüssen. Dies wird dem Bundesrat jedoch mit einer nicht weiter spezifizierten, regelmässigen Überprüfung der Qualitätsentwicklungen, wie dies in Art. 54 Abs. 5 vorgesehen ist, nicht gelingen. Qualitätssicherungssysteme sind nicht geeignet, das Vorkommen von Rationierungen zu erfassen. Es wird sich kaum ein Leistungserbringer finden, der das Vorenthalten medizinisch nützlicher Leistungen[19] systematisch in einer Datenbank erfasst, wie dies in der Qualitätssicherung üblich ist. Allfällige Rationierungseffekte müssen mit anderen Methoden wie z.B. Befragungen erfasst werden. Eine gute Übersicht über aktuelle Arbeiten findet sich in der Veröffentlichung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen (2007)»[20].
Im Ergebnis ist Art. 54 Abs. 5 als ungenügend zu beurteilen, um Rationierungen zu vermeiden. Dem Bundesrat ist aber zugute zu halten, dass er die Rationierungsproblematik erkannt hat. Die Gefahr einer Rationierung unter dem Regime eines Globalbudgets ist reell. Am besten lässt sie sich dadurch vermeiden, dass die Einführung von Globalbudgets mit einer Ausschöpfung des durchaus noch vorhandenen Rationalisierungspotentials gar nicht erst nötig ist. **Auch aus dem wichtigen Grund, Rationierungen zu vermeiden, lehnt H+ den Indirekten Gegenvorschlag – ebenso wie die Kostenbremse-Initiative – entschieden ab.**

Art. 54a Kostenblöcke

Art.54a. Abs. 1 Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu.

Kommentar: Die Zuteilung soll einheitlich für die ganze Schweiz festgelegt werden und möglichst stabil sein, damit Vergleiche zur Kostensteigerung über mehrere Jahre und zwischen den Kantonen möglich sind. Es ist vorgesehen, grundsätzlich zwischen ambulanten, spitalambulanten und stationären Leistungserbringern und nach den einzelnen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 KVG zu unterscheiden. Somit bilden Netzwerke zur koordinierten Versorgung grundsätzlich einen eigenen Kostenblock, da sie neu als separate Kategorie von Leistungserbringern gelten sollen (siehe Art. 35 Abs. 2 Bst. o VE-KVG). Der Bundesrat kann aber auch mehrere Arten von Leistungserbringern zu einem Kostenblock zusammenfassen und für die ambulanten ärztlichen Leistungen nach Fachrichtungen oder Gruppen von Fachrichtungen sowie nach Art der Leistungserbringer (beispielsweise spitalambulant vs. praxisambulant) getrennte Kostenblöcke festlegen[21].

[19] Eine Arbeitsgruppe der SAMW verwendete folgende Definition der Rationierung: «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.». Quelle siehe Fussnote 16.
[20] https://www.samw.ch/dam/jcr:69749473-4a59-4e94-8e89-04f085218449/positionspapier_samw_rationierung.pdf
[21] Erl. Bericht, Seite 76.

Mit sektor- und fachrichtungs-bezogenen Kostenblöcken wird die Silo-Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens endgültig zementiert. Dies steht in gänzlichem Widerspruch zu Bestrebungen, diese Silo-Struktur aufzuweichen und eine Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Sektoren zu fördern. Damit werden auch medizinisch und ökonomisch sinnvolle Projekte zur Integration von Behandlungsprozessen massiv behindert. Daran ändert nichts, dass Netzwerke als eigenständiger Kostenblock definiert werden. Das Gegenteil ist zu erwarten, weil auf diese Weise Netzwerke ein zusätzliches Silo in der Versorgungslandschaft bilden werden und keinen Anreiz haben werden, Kooperationen mit Leistungserbringern in anderen Sektoren einzugehen. Die integrative Wirkung von Netzwerken wird in der Folge dauerhaft geschwächt sein. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Aufteilung in Kostenblöcken kongruent zu den verschiedenen Tarifsystemen erfolgen sollte. Beispielsweise kennt das KVG keine Aufteilung zwischen spitalambulant und praxisambulant. Deshalb sind ambulante Tarife sowohl für den spitalambulanten wie auch für den praxisambulanten Bereich gültig. Eine Aufteilung dieser Bereiche in unterschiedliche Kostenblöcke würde eine gesetzeskonforme, d.h. nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen durchgeführte Erarbeitung von Tarifen verunmöglichen bzw. überflüssig machen.

Schliesslich muss vor Augen geführt werden, dass der Bundesrat das nationale Globalbudget auf 26 kantonale Globalbudgets und im Minimum auf 15 Leistungserbringergruppen verteilen muss. Bei den 15 Leistungserbringergruppen handelt es sich um 13 Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 KVG, einen neuen Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. o VE-KVG (Netzwerke) und dem in den zwei Kostenblöcken «stationär» und «spitalambulant» aufgeteilten Leistungserbringer «Spital». Dadurch entstehen im Minimum 390 Kostenblöcke, die der Bundesrat auf Kantone und Leistungsgruppen zu verteilen hat. Dazu kommen weitere vier nationale Kostenblöcke für Analysen, Arzneimittel und Mittel- und Gegenstände. Insgesamt entstehen im Minimum 394 Kostenblöcke.

Tabelle 1 veranschaulicht diese Situation. Die einzelnen Kostenblöcke wurden mit dem Buchstaben der jeweiligen Leistungsgruppe gemäss Art. 35 Abs. 2 und einer Ziffer von 1 bis 26 für die einzelnen Kantone bezeichnet. Der Kostenblock a1 steht beispielsweise für die Leistungserbringer «Ärzte und Ärztinnen» im Kanton Aargau, während Kostenblock ha26 den Kostenblock «Spital ambulant» im Kanton Zürich bezeichnet. Der einzelne Kostenblock berechnet sich durch Multiplikation des kantonalen Anteils am nationalen Globalbudget und des Anteils der Leistungserbringergruppe am nationalen Globalbudget. Würde beispielsweise ein Budgetanteil von 20 Prozent für den Kostenblock Spital stationär und ein Budgetanteil von 18% für den Kanton Zürich festgelegt werden, ergäbe sich ein Kostenblock «Spital stationär» für den Kanton Zürich von 3,6 Prozent des nationalen Globalbudgets.

Tabelle 1. Aufteilung des nationalen Globalbudgets auf Kantone und Leistungserbringergruppen.

		Kantone																										
		AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 KVG Bst. a bis o*	a.Ärzte/-innen	a1g	a2	a3	a4	a5	a6	a7	a8	a9	a10	a11	a12	a13	a14	a15	a16	a17	a18	a19	a20	a21	a22	a23	a24	a25	a26
	b.Apotheker/-innen	b1g	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	b9	b10	b11	b12	b13	b14	b15	b16	b17	b18	b19	b20	b21	b22	b23	b24	b25	b26
	c.Chiropraktor/-innen	c1g	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	c11	c12	c13	c14	c15	c16	c17	c18	c19	c20	c21	c22	c23	c24	c25	c26
	d.Hebammen	d1g	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20	d21	d22	d23	d24	d25	d26
	e.Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen	e1g	e2	e3	e4	e5	e6	e7	e8	e9	e10	e11	e12	e13	e14	e15	e16	e17	e18	e19	e20	e21	e22	e23	e24	e25	e26
	f.Laboratorien	f1g	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f8	f9	f10	f11	f12	f13	f14	f15	f16	f17	f18	f19	f20	f21	f22	f23	f24	f25	f26
	g.Abgabestellen für Mittel und Gegen-stände, die der Unter-suchung oder Behandlung dienen	g1g	g2	g3	g4	g5	g6	g7	g8	g9	g10	g11	g12	g13	g14	g15	g16	g17	g18	g19	g20	g21	g22	g23	g24	g25	g26
	h.Spitäler stationär	hs1g	hs2	hs3	hs4	hs5	hs6	hs7	hs8	hs9	hs10	hs11	hs12	hs13	hs14	hs15	hs16	hs17	hs18	hs19	hs20	hs21	hs22	hs23	hs24	hs25	hs26
	ambulant	ha1g	ha2	ha3	ha4	ha5	ha6	ha7	ha8	ha9	ha10	ha11	ha12	ha13	ha14	ha15	ha16	ha17	ha18	ha19	ha20	ha21	ha22	ha23	ha24	ha25	ha26
	i.Geburtshäuser	i1i	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14	i15	i16	i17	i18	i19	i20	i21	i22	i23	i24	i25	i26
	k.Pflegeheime	k1g	k2	k3	k4	k5	k6	k7	k8	k9	k10	k11	k12	k13	k14	k15	k16	k17	k18	k19	k20	k21	k22	k23	k24	k25	k26
	l.Heilbäder	l1g	l2	l3	l4	l5	l6	l7	l8	l9	l10	l11	l12	l13	l14	l15	l16	l17	l18	l19	l20	l21	l22	l23	l24	l25	l26
	m.Transport- und Rettungsunternehmen	m1g	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m13	m14	m15	m16	m17	m18	m19	m20	m21	m22	m23	m24	m25	m26
	n.Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen	n1g	n2	n3	n4	n5	n6	n7	n8	n9	n10	n11	n12	n13	n14	n15	n16	n17	n18	n19	n20	n21	n22	n23	n24	n25	n26
	o.Netzwerke zur koordinierten Versorgung	o1g	o2	o3	o4	o5	o6	o7	o8	o9	o10	o11	o12	o13	o14	o15	o16	o17	o18	o19	o20	o21	o22	o23	o24	o25	o26

*neu gemäss art. 35 Abs. 2 Bst. o VE-KVG

Diese Zahlen und Berechnungen lassen erkennen, dass ein gewaltiger bürokratischer Aufwand für die Berechnung der Kostenblöcke und für die Überprüfung der entsprechenden Kostenziele entstehen wird. Dabei wird sich die «Berechnung» der Kostenblöcke nicht auf eine mathematische Angelegenheit beschränken, sondern wird zu einem regelrechten politischen Verteilkampf um die Aufteilung des Globalbudgets auf nationaler und kantonaler Ebene führen. Für Lobbyisten, Aktivisten und Verteilkämpfer aller Art wird ein goldenes Zeitalter anbrechen.

Art. 54a Abs. 2: Die Kantone können innerhalb eines vom Bundesrat festgelegten Kostenblocks weitere Unterteilungen vornehmen.

Kommentar: Gemäss Erläuterndem Bericht müssen die Kantone die auf Bundesebene festgelegten Kostenblöcke übernehmen, können aber noch weiter differenzieren, beispielsweise mit Bezug auf Spezialärztinnen und Spezialärzte oder wenn innerhalb eines Kostenblocks mehrere Tarifverträge bestehen, allenfalls auch bis hin zu Kostenblöcken für einzelne Leistungserbringer, insbesondere bei Spitälern.
Während es noch denkbar ist, nationale Kostenziele auf der Basis von anerkannten und messbare Kriterien festzulegen, so wird sich die Berechnung von Kostenzielen auf der mikroökonomischen Ebene als kaum machbar erweisen. Solange keine fest etablierten Kriterien vorliegen, werden sich von Kanton zu Kanton unterschiedliche Methoden etablieren, die jegliche gesamtschweizerische Vergleichbarkeit verunmöglichen werden. Auf dieser Ebene entpuppen sich die Kostenziele als eminent politisches Steuerungsinstrument. Für den einzelnen Leistungserbringer eröffnet sich damit die Aussicht auf grösstmögliche Rechtsunsicherheit. Die Ungleichbehandlung von Spitälern durch die kantonale Verwaltung, heute schon in verschiedenen Kantonen ein Dauerthema, wird bei spitalindividuellen Kostenzielen eine neue Dimension erreichen.
H+ lehnt eine solche Entwicklung entschieden ab und fordert die vom Gesetzgeber gewollte Schaffung «gleich langer Spiesse» für alle Spitäler einzuhalten.

Art. 54a Abs. 3 Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, bilden eigene Kostenblöcke.

Kommentar: Da die Vergütung in diesen Bereichen auf Bundesebene festgelegt werden, ist es richtig, hierfür kantonsunabhängige Kostenblöcke zu definieren.
Der Hinweis im Erläuternden Bericht, wonach gesamtschweizerisch einheitliche Tarife nicht mit gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen gleichzusetzen sind, ist entscheidend und sollte auch im Gesetzesentwurf entsprechend präzisiert werden. Im Klartext heisst das, dass der ärztliche Einzelleistungstarif, dessen Taxpunktwerte nicht schweizweit einheitlich sind, nicht in einen separaten Kostenblock gemäss Art. 54a Abs. 3 fällt.

Art. 54a Abs. 4: Der Bundesrat kann Leistungsbereiche mit einem geringen Einfluss auf die Gesamt-kostenentwicklung von der Zuteilung in einen Kostenblock ausnehmen.

Kommentar: Es ist nicht klar, was unter «geringem Einfluss» zu verstehen ist. Als mögliche Kriterien nennt der Erläuternde Bericht folgende Beispiele: kleines Volumen, Entwicklung des Volumens und unverhältnismässige administrative Kosten. Diese Beispiele tragen keineswegs dazu bei, mehr Klarheit zu schaffen. Mit dieser Bestimmung werden Tür und Tor für willkürliche Interpretationen geöffnet. Rechtsstreitigkeiten sind programmiert. **Ein derart beliebig interpretierbarer Artikel hat in einem Bundesgesetz nichts zu suchen und ist konsequenterweise zu streichen**.

Art. 54b Kostenziele der Kantone

Art. 54b Abs. 1: Jeder Kanton legt unter Berücksichtigung der Kriterien nach Artikel 54 Absatz 3 seine Kostenziele fest für:
a. die gesamten Leistungen;
b. die einzelnen Kostenblöcke.

Kommentar: Der Ausdruck «Jeder Kanton […] legt fest» ist irreführend; er suggeriert, dass der Kanton einen eigenständigen Entscheid fällen könnte. Dies ist jedoch gemäss Art. 54 Abs. 2 nicht der Fall. Die vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen plus Toleranzmarge sind für den Kanton verbindliche Vorgaben. Dem Kanton steht einzig frei, ein Kostenziel unterhalb dieser Obergrenze festzulegen. Diese Restfreiheit verwirkt der Kanton aber sogleich, wenn er seine Kostenziele nicht rechtzeitig bekannt gibt. Dann gilt das vom Bundesrat festgelegte Kostenziel ohne die Toleranzmarge (Art. 54c Abs. 4). Korrekterweise sollte die Bestimmung lauten: «Jeder Kanton legt seine Kostenziele in dem vom Bundesrat festgelegten Rahmen fest.»
Mit dieser Bestimmung greift der Bund massiv in ein verfassungsmässig garantiertes Hoheitsgebiet der Kantone ein. Der Kanton wird weitgehend zum Befehlsempfänger degradiert. Vor diesem Hintergrund wirkt es geradezu zynisch, wenn im Erläuternden Bericht steht, dass mit «Rücksicht auf die Organisationsautonomie der Kantone» den Kantonen nicht auch noch vorgeschrieben wird, eine beratende Kommission analog der Eidg. Kommission für Kostenziele einzurichten».

Art. 54b Abs. 2: Er kann von den vom Bundesrat für die Kostenblöcke festgelegten Kostenzielen (Art. 54 Abs. 1 Bst. b) abweichen, soweit er sein vom Bundesrat vorgegebenes kantonales Gesamtkostenziel (Art. 54 Abs. 2 Bst. a) unter Einbezug der Toleranzmarge einhält.

Kommentar: Immerhin wird dem Kanton zugestanden, bei der Festlegung der Kostenblöcke von den empfohlenen Kostenzielen des Bundesrates abzuweichen. Allerdings gilt diese «Freiheit» nur solange, als das kantonale Gesamtkostenziel und die Summe der einzelnen Ziele für die Kostenblöcke das vom Bund vorgegebene Kostenziel je Kanton zuzüglich Toleranzmarge nicht übersteigt. Mit dieser Bestimmung legt der Bundesrat die Grundlage für innerkantonale Verteilkämpfe zwischen den einzelnen Leistungserbringergruppen. Dem Kanton drohen jahrelange politische und rechtliche Auseinandersetzungen. Verteilkämpfe zwischen den einzelnen Leistungserbringern behindern ausserdem die integrierte Versorgung. Die Leistungserbringer werden gezwungen, ihre Teilbudgets auszuschöpfen und zu verteidigen. Dies führt zu einer Verteuerung des Systems und kannibalisiert ein anderes Ziel der Vorlage, nämlich die integrierte Versorgung zu fördern. Wenn es dem Kanton nicht gelingt, eigene, anerkannte, messbare und justiziable Kriterien für Berechnung der Kostenziele für die einzelnen Kostenblöcke festzulegen, wird er in aller Regel auf die bundesrätlichen Kostenziele zurückgreifen. Der vermeintliche Freiraum der Kantone erweist sich bei näherer Betrachtung als vergiftetes Geschenk des Bundesrates. Die Kantone sind gut beraten, dieses Geschenk höflich zurückzuweisen. Damit endet aber auch die Hoffnung auf einen verbliebenen Rest an kantonaler Autonomie. **Aus diesem Grund lehnt H+ diese Bestimmung ab.**

Art. 54b Abs. 3: Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kostenziele und Kostenblöcke an.

Kommentar: Mit der Anhörung wird der verfassungsmässig verankerte Anspruch der betroffenen Parteien auf rechtliches Gehör erfüllt (Art. 29 Abs. Bundesverfassung). Diesen Anspruch muss in vorliegendem Fall nicht nur der Kanton, sondern auch und in besonderem Mass der Bund erfüllen. Die Kostenziele und Kostenblöcke werden, wie oben dargelegt, weitgehend vom Bund vorgegeben. Davon kann der Kanton nur noch in beschränktem Umfang abweichen. Daran wird die Anhörung der Parteien durch den Kanton nicht viel ändern können. Wird aber eine Anhörung über Entscheide durchgeführt, die praktisch schon feststehen, so erfüllt sie ihren Zweck nicht. Eine Anhörung verpflichtet die Behörde, alle relevanten Argumente der betroffenen Parteien ernsthaft zu prüfen und bei der Entscheidung zu berücksichtigen. Wenn es nicht in der Befugnis der Behörde liegt, den Entscheid aufgrund der angehörten Argumente zu korrigieren, so ist die Anhörung zwecklos. Im Ergebnis sind Art. 54 Abs. 1 und Art. 54a Abs. 1 wie folgt zu ergänzen:

> Art. 54 Abs. 1: Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele):
> a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;
> b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54*a*) in der Schweiz.
> Der Bundesrat hört die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kostenziele an.
>
> Art. 54a Abs. 1: Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu. Er hört die Kantone, die Leistungserbringer und Versicherer vor der Festlegung der Kostenblöcke an.

Alsdann ist Art. 54b Abs. 3 wie folgt zu ändern:

> Art. 54b Abs. 3: Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer an, bevor sie die Kostenziele und Kostenblöcke in dem vom Bundesrat vorgegebenen Rahmen festlegen.

Art. 54b Abs.4 Sie teilen die von ihnen festgelegten Kostenziele dem BAG mit. Dieses prüft die Zielerreichung und teilt das Ergebnis den Kantonen mit. Es veröffentlicht das Ergebnis in geeigneter Form.

Kommentar: Es ist nicht Aufgabe des BAG, kantonale Entscheidungen zu veröffentlichen, sondern Aufgabe der Kantone selbst. Im Sinn der bundesrätlichen Strategie «Nationale Datenbewirtschaftung NaDB» sind die Ergebnisse nicht dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), sondern dem Bundesamt für Statistik (BFS) weiterzuleiten. Dieses stellt die Statistiken allen berechtigten Nutzern, also auch dem BAG, zur Verfügung.
Dem BAG fällt die Aufgabe zu, die Differenz zwischen den Kostenzielen und den tatsächlich entstanden Kosten festzustellen und einer allfälligen Analyse zu unterziehen. Von einer Prüfung im eigentlichen Sinn kann hier nicht die Rede sein. Das BAG ist nicht die Aufsichtsbehörde der Kantone.

Art. 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung

Art. 54c Abs. 1: Der Bundesrat legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

Kommentar: Wie im Kommentar zu Art. 54 dargelegt, ist es aufgrund dieser Frist nicht möglich, die Kosten des Vorjahres als Grundlage für die Kostenziele des Kalenderjahres festzulegen. Nochmals: Da eine zuverlässige Aussage über die OKP-Kosten eines Jahres erst 6 Monate nach Jahresabschluss gemacht werden kann und der Bundesrat die Kostenziele spätestens 12

Monate vor Beginn des Kalenderjahres festlegen soll, kann er die Kostenziele für das Kalenderjahr x nicht auf der Basis der Kostendaten des Vorjahres x – 1 berechnen, sondern muss sie auf der Basis der Kostendaten aus dem Jahr x – 3 festlegen. Umso mehr überrascht es im Erläuternden Bericht zu lesen, dass der Bundesrat nicht nur die Kostenziele spätestens 12 Monate vor Beginn des Kalenderjahres festlegen muss, sondern gleichzeitig auch die angestrebten, aber noch nicht verbindlichen Kostenziele für die folgenden drei Jahre bekanntgeben soll[22]. Das heisst nichts anderes, dass auf der Basis der Kostendaten aus dem Jahr x – 3 eine Prognose bis ins Jahr x + 3 gemacht werden soll. Dies soll im Sinn einer «rollenden Planung» geschehen. Wie sich dieses planwirtschaftliche Experiment in der Realität ausnehmen wird, kann nicht vorausgesagt werden. Entscheidend wird sein, ob sich aus der rollenden Planung entscheidungsrelevante Erkenntnisse ableiten lassen. Es sei erlaubt, hier ein grosses Fragezeichen zu setzen. Es stellt sich auch die Frage, ob dieses Planungsvorhaben nicht besser bei einem statistischen Amt oder einer Konjunkturforschungsstelle angesiedelt werden sollte. Prognosen über 6 Jahre hinweg zu stellen, ist eher einem wissenschaftlichen als einem administrativem Aufgabengebiet zuzuordnen. Abgesehen von diesen eher technischen Überlegungen entsteht insgesamt der Eindruck, dass der Bundesrat eine klassische planwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitssystems anstrebt. Damit würde er eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb einläuten. H+ lehnt einen derartig tiefgreifenden Systemwechsel entschieden ab. Das schweizerische Gesundheitssystem zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine starke Innovationskraft aus. Diesen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und das Gedeihen der Wirtschaft entscheidenden Standort- und Wettbewerbsvorteil sollte die Schweiz nicht mit unausgegorenen planwirtschaftlichen Experimenten gefährden.

Art. 54c Abs. 2: Für die Kostenblöcke nach Artikel 54*a* Absatz 3 legt er die Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

Kommentar: Es ist nicht einsichtig, warum die Frist auf 6 statt auf 12 Monate gesetzt wird. Eine Begründung fehlt im Erläuternden Bericht.

Art. 54c Abs. 3: Jeder Kanton legt seine Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

Kommentar: --

Art. 54c Abs. 4: Legt ein Kanton seine Kostenziele nicht rechtzeitig fest, so gelten die vom Bundesrat festgelegten Kostenziele ohne die Toleranzmarge.

Kommentar: Es handelt sich hier um eine einschneidende Massnahme, welche nachgerade Sanktionscharakter hat. Es befremdet, dass sich im Erläuternden Bericht keine Erklärung dafür finden lässt. Dieser Bestimmung fehlt jede Begründung. Es ist nicht einzusehen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Kostenentwicklung in einem Kanton und einem administrativen Versäumnis geben soll. Ist ein solches Versäumnis etwa als Ausdruck einer besonders ungerechtfertigten Kostenentwicklung zu deuten? Und dies ausnahmslos in jedem Fall? Mit dieser Bestimmung wird aber nicht die saumselige Kantonsregierung bestraft, sondern letztlich die betroffene Kantonsbevölkerung. Dem Bundesrat scheint nicht bewusst zu sein, dass die Stellschraube «Kostenziel» letztlich handfeste Auswirkung auf die Versorgung der Bevölkerung und damit auch auf deren Gesundheitszustand haben wird. Damit ist aber nicht zu spielen. **Diese Bestimmung ist eines Rechtsstaates unwürdig und ersatzlos zu streichen**.

Art. 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele

[22] Erl. Bericht Seite 78.

Die Abbildungen 1a, 1b und 1c auf den nachfolgenden Seiten veranschaulichen, wie die in den Artikel 54 und 54a bis 54e aufgeführten Bestimmungen über Kostenziele, Kostenblöcke und Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele zu einem Gesamtsystem verknüpft sind. Es handelt sich um zentralisiertes planwirtschaftliches System, in dem sämtliche Vorgaben vom Bundesrat ausgehen und im Ergebnis von den Tarifpartnern auszuführen sind. Dabei spielen die Kantone die Rolle eines Intermediärs, der die bundesrätlichen Vorgaben weiterleitet oder in bescheidenem Umfang anpassen kann. Formell ist es den Kantonen aufgrund der «Kann»-Formulierung in Art. 54d überlassen, Korrekturmassnahmen zur Einhaltung der bundesrätlichen Kostenziele zu ergreifen. Mit Artikel 47c n KVG, welcher sich noch in der parlamentarischen Beratung im Massnahmenpaket 1b befindet, kann der Bundesrat jedoch eine kantonale Entscheidung bzw. Nicht-Entscheidung jederzeit übersteuern, indem er die von ihm festgelegten Kostenziele über die Genehmigung bzw. Nicht-Genehmigung und in der Folge der subsidiären direkten Festsetzung von kostensenkenden Massnahmen in den Tarifverträgen gemäss Art. 47c Abs. 2 Bst. b mittels Art. 47c Abs. 3 und Abs. 8 durchsetzen kann. Davon betroffen sind alle ambulanten Arzt- und Spitaltarife und alle stationären Tarife.

An dieser Stelle muss mit aller Deutlichkeit festgestellt werden, dass Art. 47c fälschlicherweise dem Massnahmenpaket Ib statt dem vorliegenden Massnahmenpaket II zugeordnet wurde. Die Bestimmungen von Art. 47c gewinnen ihre volle Bedeutung erst im Zusammenhang mit den Bestimmungen über die Kostenziele. Umgekehrt schliesst Art. 47c eine offensichtliche Lücke im System der Kostenziele. Es ist unverständlich, wie diese fälschliche Zuordnung zustande kommen konnte. Dem Gesetzgeber, der Art. 47c bereits beriet, als das Massnahmenpaket II noch nicht veröffentlicht war, ist ein entscheidender Zusammenhang vorenthalten worden. Dadurch erleidet der gesetzgeberische Prozess zwangsläufig eine empfindliche Qualitätseinbusse.

Die Kostenziele kann der Bundesrat noch müheloser für diejenigen Kostenblöcke durchsetzen, die er in Eigenregie verwaltet: Kostenziele für Leistungen nach Art. 52 (Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände) und Kostenziele für Leistungen mit gesamt-schweizerisch einheitlichen Tarifen.

Im Ergebnis muss festgestellt werden, dass der Bundesrat einen in dieser Art für die Schweiz einmaligen und tiefgreifenden Systemwechsel vorschlägt. Die Kostenziele von Massnahmenpaket II bedeuten die vollständige Abkehr vom regulierten Wettbewerb und die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierte Steuerung des schweizerischen Gesundheitswesens. Die Autonomie der Tarifpartner reduziert sich darauf, die bundesrätlichen Vorgaben in tarifarische Korrekturmassnahmen umzusetzen. Ohnehin fragt sich, welche Bedeutung Tarife unter dem Regime eines Globalbudgets überhaupt noch haben. Mit politischer Steuerung des Globalbudgets können auch untertarifierte Kostenblöcke gedeihen, während selbst kostendeckend tarifierte Bereich nach Überschreiten von – ebenfalls politisch festgelegten – Kostenzielen in ihrer Existenz gefährdet sein können. Sollten partnerschaftlich verhandelte Tarife in solchen Massen bedeutungslos werden, werden auch die Tarifpartner selbst zu reinen Statisten degradiert werden. Das gleich gilt für die Kantone, die zunehmend in die Rolle einer ausführenden Instanz geraten.

H+ lehnt den hier vorgeschlagenen Systemwechsel des schweizerischen Gesundheitswesens entschieden ab.

Art. 54d Abs. 1: Liegen die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den vom Kanton festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4.
Art. 54d Abs. 2: Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder vereinbaren sie Massnahmen, die für die Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann die Kantonsregierung folgende Massnahmen verfügen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:

a. gesenkte Tarife festlegen;
b. Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge festlegen;
c. für ambulant und ausserhalb eines Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fachrichtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife festle-gen.

Kommentar: Wie bereits im Kommentar zu Art. 54d erwähnt, sind die in Art. 54d Abs. 1 und Abs. 2 ausgeführten Bestimmungen über die Tarifpartner im Zusammenhang mit Art. 47c aus dem Massnahmenpaket Ib zu vergleichen. Im folgenden Vergleich wird deutlich, dass sich einige Bestimmungen ergänzen, während andere Bestimmungen praktisch identisch sind.

Der in Art. 47c Abs. 4 erwähnte «Bereich» erweist als gleichbedeutend mit einem Kostenblock gemäss Art. 54a bis. 54b Abs. 1 Bst. b:

> Art. 47c Abs. 4: Die Massnahmen nach Absatz 1 müssen pro Bereich, der für die jeweilige Art von Leistungserbringer relevant ist, mindestens vorsehen:
> a. Die Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind;
> b. Die Überwachung der Entwicklung der abgerechneten Kosten.

Die in Art. 47c Abs. 5 erwähnten Planungs- und Steuerungsentscheide der zuständigen Behörde entsprechen faktisch den vom Bundesrat und Kantonen festgelegten Kostenzielen:

> Art. 47c Abs. 5: Sie [die Tarifpartner] müssen Planungs- und Steuerungsentscheide der zuständigen Behörden berücksichtigen.

Die in Art. 47c Abs. 6 verlangten Regeln zur Korrektur von ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten entsprechen den in Art. 54d Abs. 1 und Art. 54d Abs. 2 verlangten Massnahmen zur Korrektur von Kostenzielüberschreitungen.

> Art. 47c Abs. 6: Die Verträge nach Absatz 2 müssen Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber einem im Vertrag definierten Zeitraum vorsehen. […].

Schliesslich verfügt der Bundesrat mit Art. 47c Abs. 8 über die Kompetenz, selbst Massnahmen zur Steuerung der Kosten festzulegen, falls sich die Tarifpartner nicht einigen können.

> Art. 47c Abs. 8: Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. […].

Im Ergebnis dieses Vergleichs kann kein Zweifel daran bestehen, dass Art. 47c einen wesentlichen Bestandteil im Kostenziel-System von Massnahmenpaket II darstellt und nur in diesem Zusammenhang richtig interpretiert werden kann, wobei Art. 47c Abs. 5 den entscheidenden Link zu den erst im Massnahmenpaket II zu beschliessenden Kostenzielen herstellt. Gleichzeitig ist Art. 47c das fehlende Glied in der «Befehlskette» zwischen dem Bundesrat, der die Kostenziele diktiert, und den Tarifpartnern, welche als letztes Glied in dieser Kette die korrigierenden Massnahmen auszuführen haben. Somit verfügt der Bundesrat über die Kompetenz, über alle Kostenblöcke in letzter Instanz zu entscheiden. Das Globalbudget kann in letzter Konsequenz von ihm durchgesetzt werden. Daran ändern «Kann»-Bestimmungen in Variante 1 von Art. 54d Abs. 2 nichts.

Abbildung 1a: Synopsis der Bestimmungen in «5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung VE-KVG» (MPK II); 1. Teil.

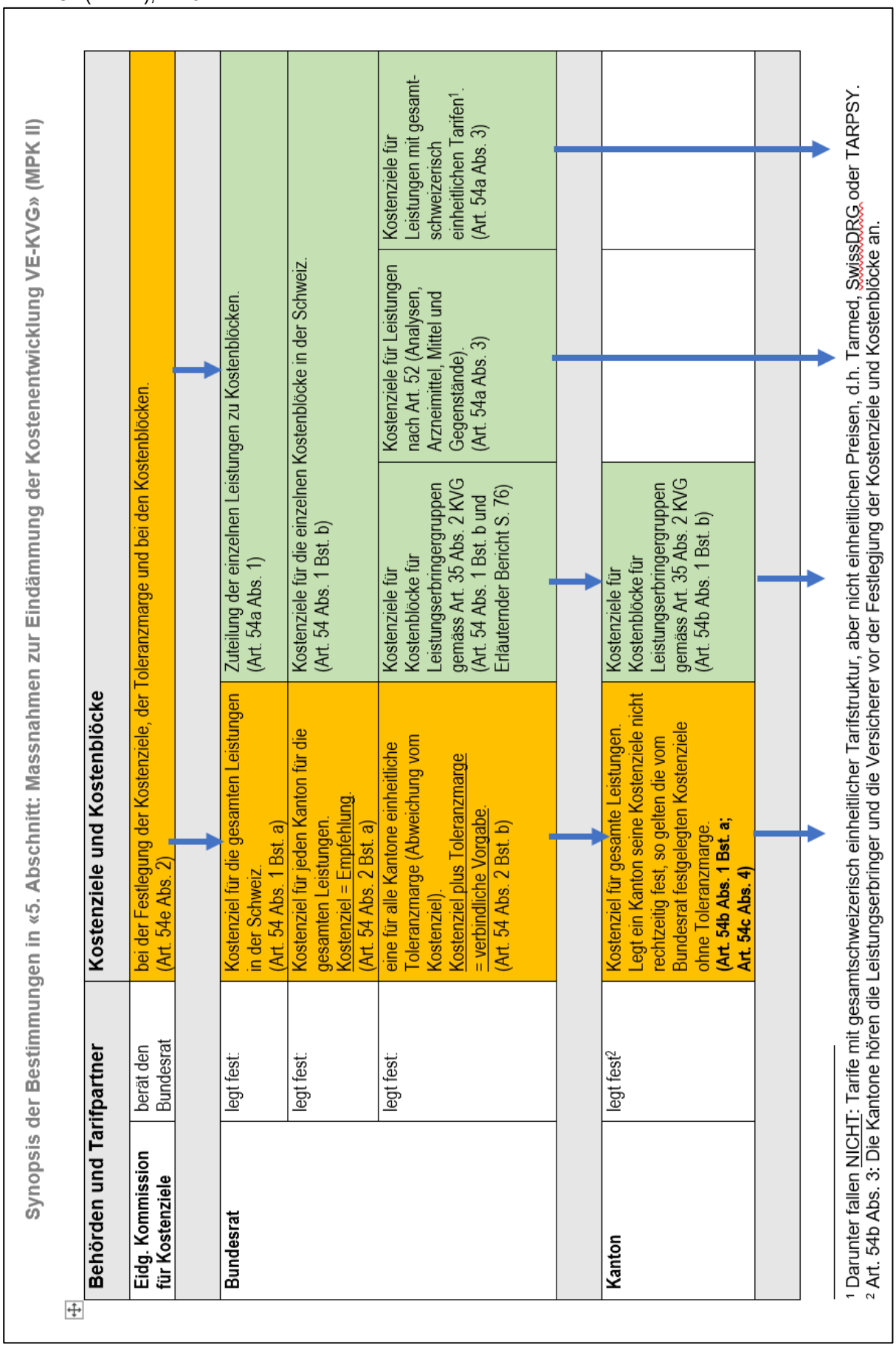


Abbildung 1b: Synopsis der Bestimmungen in «5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung VE-KVG» (MPK II); 2. Teil.

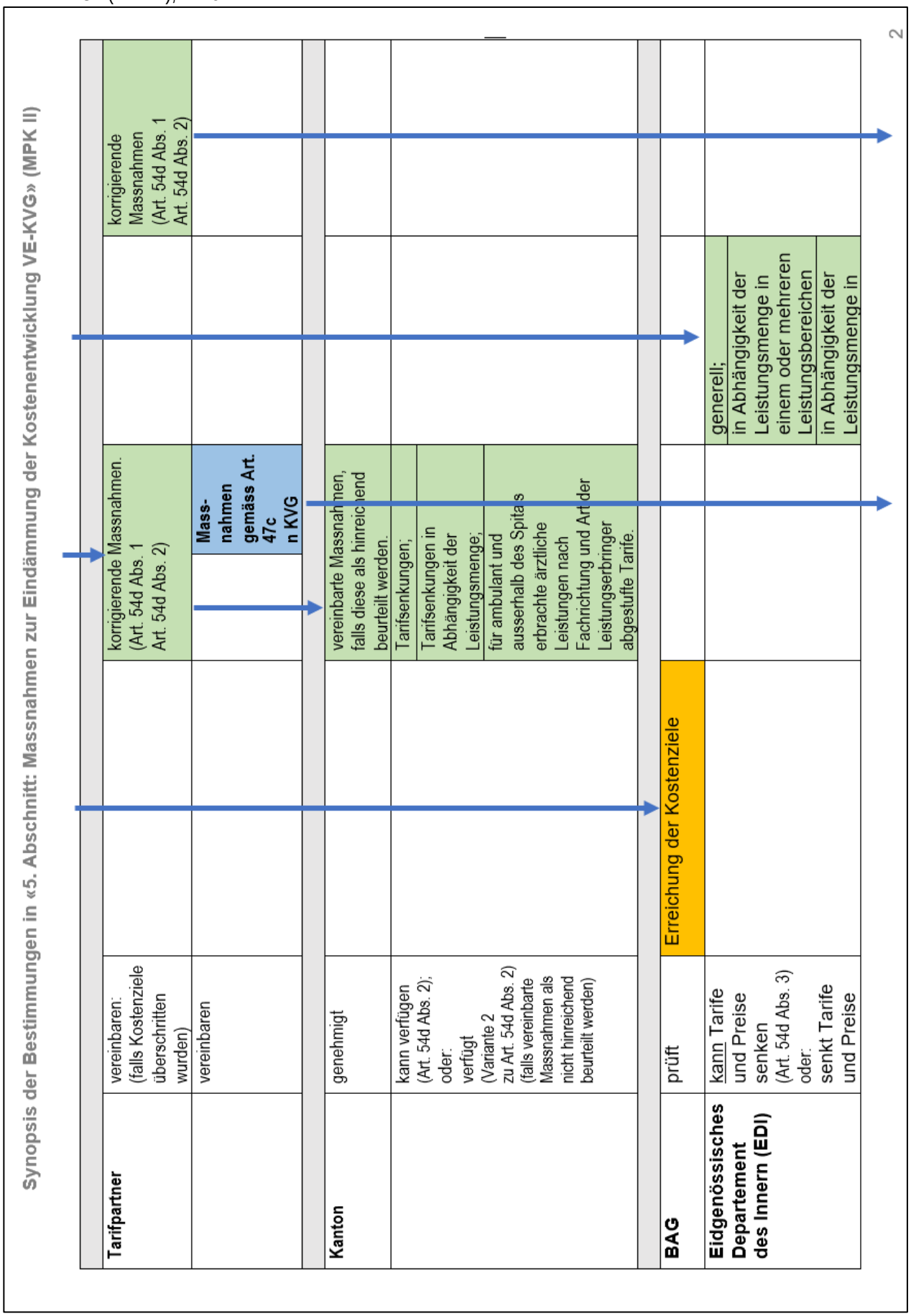
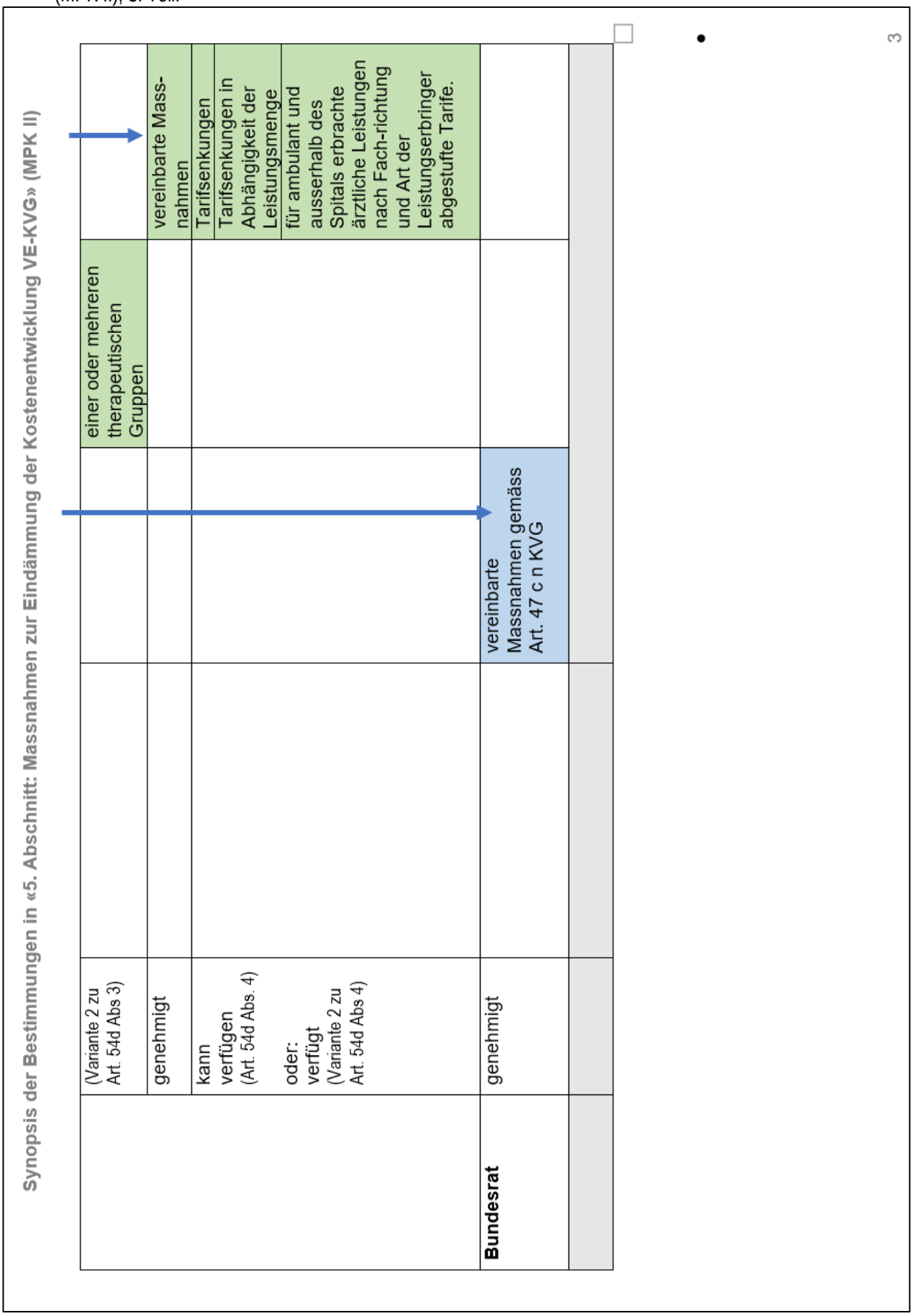


Abbildung 1c: Synopsis der Bestimmungen in «5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung VE-KVG» (MPK II); 3. Teil.



Art. 54d Abs. 3: Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen nach Artikel 52 in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so kann das EDI die Tarife und Preise wie folgt senken, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:
a. generell;

b. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einem oder mehreren Leistungsbereichen;
c. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einer oder mehreren therapeutischen Gruppen.

Kommentar: --.

Art. 54d Abs. 4: Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen, für die vom Bundesrat nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigte Tarifverträge abgeschlossen wurden, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifpartner die Tarifverträge so anpassen, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vor-gesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4. Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder wird die Genehmigung des Tarifvertrags mit der Be-gründung abgelehnt, dass die Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2 erlassen.

Kommentar: siehe Kommentar zu Art. 54d.

Art. 54d Abs. 5: Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien.

Kommentar: siehe unten Kommentar zu Variante 2 zu Art. 54d Abs. 5.

Art. 54d Abs. 6: Die Kantone teilen dem BAG mit, welche Massnahmen sie getroffen haben. Das BAG veröffentlicht diese.

Kommentar: Gemäss Erläuterndem Bericht soll das BAG nicht nur die getroffenen Massnahmen veröffentlichen, sondern auch die Zielerreichung prüfen. Eine solchermassen erweiterte Interpretation kann aus dem Wortlaut der Bestimmung nicht abgeleitet werden und ist abzulehnen. Das BAG ist nicht die Aufsichtsbehörde der Kantone. Die Überprüfung der von den Kantonen gesetzten Ziele liegt in deren eigenen Kompetenz. Die Aussage, wonach das BAG die Zielerreichung prüft, ist im Erläuternden Bericht zu streichen.

Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:
2 [...], so verfügt die Kantonsregierung folgende Massnahmen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: [...]
3 [...], so senkt das EDI die Tarife und Preise wie folgt, um die Einhaltung der Kos-tenziele sicherzustellen:
4 […] so erlässt das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2.

Kommentar: Wie dem Kommentar zu Art. 54d Abs. 1 und Abs. 2 zu entnehmen ist, wird sich in der Praxis kein grosser Unterschied ergeben, ob die Kann-Bestimmung in Variante 1und die Muss-Bestimmung in Variante 2 gewählt wird. In letzter Konsequenz kann sich der Bundesrat gestützt auf die im Massnahmenpaket 1b vorgesehenen Kompetenzen nach Art. 47c immer durchsetzen. **H+ lehnt die Muss-Bestimmung ab.**

Variante 2 zu Art. 54d Abs. 5: Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien. Im Falle von aussergewöhnli-chen Ereignissen wie Epidemien können sie auf Massnahmen verzichten.

Kommentar: Gemäss Erläuterndem Bericht sollen sich die Leistungserbringer darauf verlassen können, dass ihnen kein Kostendach droht. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass es zu Rationierungserscheinungen käme[23]. Die Covid-19-Krise hat den Spitälern und Kliniken schmerzhaft vor Augen geführt, dass die Vergütung von Vorhalteleistungen, die der Bund und die Kantone mit der Bereitstellung bzw. Erweiterung von Behandlungskapazitäten angeordnet haben, gesetzlich nicht geregelt ist und bis zum heutigen Tag ausgeblieben ist. Ebenfalls ausstehend sind Tarifierung und Vergütung von behandlungsbezogenen Mehrleistungen wie Schutz- und Sicherheitsmassnahmen für Covid-19- und Nicht-Covid-19-Patienten. In einer solchen Situation nützt es den Leistungserbringern nichts, dass Bund und Kantone auf kostensenkende Massnahmen verzichten. Ein virtuelles Kostendach entsteht dann trotzdem aufgrund ungedeckter finanzieller Schäden. Aufgrund der Lehren, die aus der Covid-19-Krise zu ziehen sind, ist Art. 54d Abs. 5 wie folgt zu ändern:

> «Im Falle von aussergewöhnlichen Ereignissen wie Epidemien werden keine kostendämpfenden Massnahmen beschlossen und das Globalbudget um die zu erwartenden Zusatzkosten erhöht, sodass ungeplante aber für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung essentielle Leistungen vergütet und damit sichergestellt werden können».

Art. 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele

Kommentar: Wie aus verschiedenen Passagen im Erläuternden Bericht entnommen werden kann, verfolgt der Bundesrat mit dem Indirekten Gegenvorschlag medizinisch begründete, ökonomische und politische Zielsetzungen. Medizinisch begründete und ökonomische Zielsetzungen lassen sich auf der Grundlage von Daten und Fakten erarbeiten. Sollte sich die Kommission mit diesen Zielsetzungen befassen, empfiehlt es sich, die Kommissionsmitglieder aufgrund wissenschaftlicher und fachlicher Qualifikationen zu wählen. In diesem Fall sollten die Arbeiten der Kommission in grösstmöglicher Unabhängigkeit, insbesondere Unabhängigkeit von politischen Einflüssen, erfolgen können. Anders ist von wissenschaftlich und methodisch geschulten Experten kein brauchbarer Output zu erwarten. Sollte sich aber die Kommission vor allem mit politischen oder politisch motivierten Zielsetzungen befassen, müsste die Kommission mit Interessenvertretern bestückt werden. Von einer Durchmischung der Kommission mit Wissenschaftlern oder Fachleuten und Interessenvertretern ist dringend abzuraten. In den Anfängen des GDK-Projektes über Hochspezialisierte Medizin (HSM) existierte eine Kommission mit einer solchen Durchmischung, die CICOMS. Die Folge dieser Durchmischung war, dass die fachlichen Diskussionen dieser Kommission durch politische Auseinandersetzungen praktisch verunmöglicht wurden. Der Verteilkampf hatte bereits eingesetzt! Die Aufteilung der CICOMS in ein HSM-Fachorgan und ein politisches HSM-Fachorgan führte zu einer Versachlichung der Entscheidungsprozesse. Diese Lehre gilt es bei der Besetzung der Eidg. Kommission für Kostenziele zu berücksichtigen. Dieses Gremium würde sonst zum Schauplatz erbitterter Auseinandersetzungen werden, zumal die Empfehlungen dieser Kommission einen enormen Einfluss auf die Geldflüsse haben werden.

Art. 54e Abs. 1: Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für Kostenziele ein.

Kommentar: --

Art. 54e Abs. 2: Die Kommission berät den Bundesrat bei der Festlegung der Kostenziele, der Toleranzmarge und der Kostenblöcke.

[23] Erl. Bericht, Seite 23.

Kommentar: Eine genauere Definition der Aufgaben dieser Kommission ist empfehlenswert. H+ empfiehlt eine Beschränkung der Aufgaben auf die Erarbeitung der Kriterien gemäss Art. 54 Abs. 3. Eine solche Tätigkeit soll daten- und faktenbasiert durchgeführt und transparent gemacht werden. Nicht nachvollziehbare Kriterien würden zu massiven Kritiken und Infragestellungen führen.

3 Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Versicherten sowie von Fachleuten.

Kommentar: siehe Kommentar oben zu Art.

Art. 55
Aufgehoben

Kommentar*:* Artikel 55 KVG enthielt bisher die Möglichkeit für die jeweils zuständige Behörde, die Tarife und Preise nicht zu erhöhen, falls die Kosten pro versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung doppelt so stark wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung steigen. Es ist nur konsequent, dass der Bundesrat dieses mögliche Schlupfloch für die Kantone stopft. Damit verhindert er, dass die Kantone von den Bestimmungen zur Zielvorgabe (Art. 54 bis 54e) abweichen. Wenn es noch eines Beweises bedurfte hätte, dass der Bundesrat ein rigides zentralistisches Projekt verfolgt, so wäre dieser Beweis hiermit geliefert.

Artikel 51 und Artikel 54 stammen aus einer vergangenen Zeit und passen nicht in das hier vom Bundesrat vorgeschlagene Kostenziel-System. Sie sind konsequenterweise ebenfalls aufzuheben.

III
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom …

Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:

6 Die zuständige Behörde ist verpflichtet, spätestens für das achte Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom … bei Überschreitung der Kostenziele Massnahmen nach Artikel 54*d* zu treffen.

Kommentar: --

5. Erstberatungsstelle

5.1. Zusammenfassung

H+ lehnt den Vorschlag einer Erstberatungsstelle ab.
H+ kann keinen einzigen Vorteil darin erkennen, obligatorische Erstberatungsstellen einzurichten. Es sind weder Kosteneinsparungen noch Verbesserungen der medizinischen Versorgung zu erwarten. Vielmehr würden durch diese neue Hürde in der Behandlungskette Ineffizienzen und Leerläufe entstehen.

5.2. Allgemeiner Teil

5.2.1. Zielsetzungen des Bundesrates

Der Bundesrat will mit der Schaffung einer für all Versicherten verbindlichen ersten Anlaufstelle im Gesundheitswesen die Qualität der Versorgung verbessern und unnötige Leistungen vermeiden. Dieser Vorschlag entspricht der Massnahme M27 «Verpflichtung zu Gatekeeping» des Berichts der Expertengruppe zur Kostendämpfung. Die erste Anlaufstelle soll als «Erstberatungsstelle» bezeichnet werden. Sie soll prüfen, ob die versicherte Person eine Untersuchung oder Behandlung benötigt.
2019 verfügten 73,4% der Versicherten über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringer; siehe unten. Nach dem Willen des Bundesrates sollen die verbleibenden Versicherten, die bisher keinem solchem Modell beigetreten sind, ebenfalls eine Stelle bestimmen, über die der erste Kontakt bei einem gesundheitlichen Problem erfolgen soll.
Zur Frage, wie der Abklärungs- oder Behandlungsweg nach der «Prüfung» durch die Erstbehandlungsstelle aussehen soll, äussert sich der Erläuternde Bericht widersprüchlich. Einerseits sollen die Versicherten ihre Leistungserbringer grundsätzlich weiterhin frei wählen können[24]. Anderseits würden die Versicherer grundsätzlich nur noch Leistungen vergüten, welche die Erstbehandlungsstelle erbracht hat oder für welche eine Überweisung von ihr vorliegt[25]. Beide Aussagen können nicht gleichzeitig gelten. Es liegt auf jeden Fall keine freie Wahl vor, wenn diese in einem Fall vergütet und in einem anderen nicht vergütet wird. Der Bundesrat kann Ausnahme vom verbindlichen Aufsuchen der Erstberatungsstelle vorsehen, z.B. für Notfälle und für den Zugang zu Fachärzten wie Augenärzten und Frauenärzten.

Als Erstbehandlungsstelle kommen in Frage:
- Ärztin oder Arzt mit Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin;
- Ärztin oder Arzt in Kinder- und Jugendmedizin;
- Praktische Ärztin, praktischer Arzt;
- Spezialärzte, die in der Grundversorgung tätig sind;
- Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen (Art. 36a KVG handeln);
- Netzwerk zur koordinierten Versorgung (Art. 35 Abs. 2 Bst. o VE-KVG).

Mit Beschränkung der Erstanlaufstelle auf Ärztinnen und Ärzte, welche eine dieser Voraussetzungen erfüllen, will der Bundesrat die Grundversorgung stärken.

[24] Erl. Bericht, Seite 24, zweiter Absatz.
[25] Erl. Bericht, Seite 23, dritter Absatz.

Gemäss Erläuterndem Bericht würden die Einsparungen in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer durchschnittlich 14 Prozent im Vergleich zur Versicherung ohne diese Einschränkung. Eine Quellenangabe oder eine Herleitung, welche dies Behauptung belegen würde, sucht man sowohl im Erläuternden Bericht wie im Expertenbericht vergebens. Möglicherweise bezieht sich diese Zahl auf eine Publikation von Reich et al. aus dem Jahr 2012. In dieser Studie wurden risikobereinigte Einsparungen von 21.2% bei HMO-Modellen, von 15.5% bei Hausarztmodellen und von 3.7% bei Telemedizin-Modellen festgestellt[26].

Kommentar:
Es erstaunt und befremdet zugleich, dass der Bundesrat einen neuen Anlauf nimmt, das Gatekeeping zu fördern, nachdem dieses in der Abstimmung über die Managed Care-Vorlage vom Schweizer Stimmvolk am 17. Juni 2012 mit 76,0% Nein-Stimmen wuchtig verworfen wurde. Mit diesem Vorgehen missachtet der Bundesrat den deutlich zum Ausdruck gebrachten Volkswillen in einer für schweizerische Verhältnisse untypischen Weise. H+ kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass mit dem Vorschlag einer Erstberatungsstelle die Managed-Care Vorlage und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl unter einem anderen Deckmantel wieder eingeführt werden soll.

Die Gegner der Managed Care-Vorlage setzten sich nicht nur für die freie Arztwahl ein, sondern auch für eine freie Wahl von Versicherungsmodellen, wozu auch Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zählen (Art. 62 KVG). Es sei nicht Aufgabe des Staates, ein Standardmodell vorzuschreiben, war damals eines der wichtigsten Argumente der Gegner der Managed Care-Vorlage. Sie setzen sich dafür ein, dass es dem Wettbewerb überlassen werden solle, welche Versicherungsmodelle sich durchsetzen würden. Mit der Ablehnung der Managed Care-Vorlage konnte dieser Wettbewerb weiter ungehindert spielen und führte dazu, dass der Anteil der Versicherten mit einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers[27] im Zeitraum vom 1996 bis 2019 von 1,7% auf 73,4% anstieg; vgl. Tabelle 1. Die Entwicklung in Tabelle 1 lässt die Vermutung zu, dass die von 2012 bis 2019 erfolgte, nahezu lineare Zunahme dieses Versichertenanteils in den nächsten Jahren in gleichem Masse weitergehen wird.

Angesichts dieser Entwicklung ist es unverständlich, warum der Bundesrat das Gatekeeping obligatorisch erklären will. Selbst im Expertenbericht wird empfohlen, dass die Förderung des Gatekeepings wenn möglich mittels positiven Anreizen erfolgen soll. Zurecht wird angemerkt, dass ein genereller Zwang angesichts der Ablehnung der Managed-Care-Vorlage in der Abstimmung vom 17. Juni 2012 nicht zielführend sein könnte[28]. Allerdings ist auch der Expertenbericht nicht widerspruchsfrei, denn etwas weiter wird, wohlbemerkt ohne jede Begründung, empfohlen, die Verbreitung von Gatekeeping zu erhöhen und «auch Ansätze mit verpflichtendem Charakter zu verfolgen». Der Mangel an Kohärenz sowohl im Gesetzesentwurf wie im Expertenbericht ist unübersehbar und lässt auf eine unsorgfältige Bearbeitung der Vorlage schliessen. Für eine Gesetzesvorlage dieser Tragweite ist das enttäuschend.

Der Bundesrat geht davon aus, dass mit der Erstberatungsstelle 14% der Kosten eingespart werden. Wie bereits erwähnt, wird diese Angabe weder hergeleitet noch referenziert. Falls sich der Bundesrat auf die Studie von Reich et al. (2012) bezieht, so kann ein vergleichbarer Einspareffekt keinesfalls auf das blosse Vorhandensein einer eingeschränkten

[26] Reich O, Rapold R, Flatscher-Thöni M. An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. Int J Integr Care. 2012. doi: 10.5334/ijic.685
[27] Hausarzt-, HMO oder Telefonmodell.
[2828] Expertenbericht, Seite 76.

Wahl des Leistungserbringer zurückgeführt und auf die vorgeschlagene Erstbehandlungsstelle übertragen werden. Bei den HMO-Modellen, die in der Studie von Reich et al. den bedeutendsten Einspareffekt aufwiesen (21.2%), tragen weitere Faktoren wie Budgetmitverantwortung, qualitätssichernden Aktivitäten (Qualitätszirkel) und Risikoselektion wesentlich zur den Kosteneinsparungen bei. Von den Erstberatungsstellen werden aber weder Budgetmitverantwortung noch spezielle qualitätssichernde Aktivitäten verlangt. Auch wird keine Risikoselektion möglich sein, da die Erstberatungsstellen für alle Versicherten obligatorisch sein werden[29]. Deshalb ist es höchst unwahrscheinlich, dass Erstberatungsstellen zu Kosteneinsparungen in der Grössenordnung von 14% führen würden. Es ist sogar anzunehmen, dass mit der Schaffung einer zusätzlichen obligatorischen Hürde die Behandlungskette ineffizienter und damit insgesamt teurer würde.

Die Administrationskosten für alle beteiligten Leistungserbringer werden sich vermutlich massiv erhöhen. Beispielsweise werden strittige Notfallbehandlungen zahllose und kostspielige Abklärungen mit entsprechenden Kostenfolgen verursachen. Zudem setzt der vorgesehene Mechanismus, dass die vorgesehene Pauschale (pro versicherte Person) an die Beratungsstelle bezahlt wird, auch wenn der Patient keine Leistungen bezogen hat, falsche Anreize. Beispiel: Die Erstberatungsstelle setzt die Hürden für die Erreichbarkeit absichtlich so hoch, dass der Patienten die Erstberatungsstelle gar nicht erst aufsucht oder zu spät aufsucht. Das wiederum führt zu höherem Patientenaufkommen in Notfallstationen und/oder bei Endversorger, welche einen 24/7-Betrieb gewährleisten. Die Erstberatungsstelle konkurriert die heutigen Versicherungsmodelle der Krankenversicherer. Und zwar nicht nur diejenigen Produkte in der Grundversicherung, sondern auch diejenigen im VVG. Sollten entgegen der ablehnenden Haltung von H+ gegenüber Erstberatungsstellen trotzdem solche eingeführt werden, sollen auch ambulante universitäre Zentren (z.B. Polikliniken) als Erstberatungsstelle anerkannt werden. Diese tragen massgeblich zu Aus- und Weiterbildung von Ärzten bei.

Die Einführung von Erstberatungsstellen würde theoretisch Sinn machen, wenn die Anzahl der Arztkonsultationen in der Schweiz überproportional hoch wäre oder in den letzten Jahren stark zugenommen hätte. Doch dies ist gerade nicht der Fall. Herr und Frau Schweizer gingen im Jahr 2000 durchschnittlich 3.4 Mal und im Jahr 2017 durchschnittlich 4.3 Mal pro Jahr zum Arzt[30]. Im internationalen OECD-Vergleich ist die jährliche Anzahl der Arztkonsultation in der Schweiz besonders tief (Abb. 1). Im Vergleich zu europäischen Ländern belegt die Schweiz sogar den drittletzten Platz (Abb. 2). Nur gerade Portugal und Schweden weisen mit 4.1 bzw. 2.8 Konsultationen pro Jahr noch tiefere Werte auf. Damit lässt sich feststellen, dass die Schweiz das Phänomen des «doctor shopping» nicht kennt. Die Anzahl

[29] Risikoselektion ist zwar unerwünscht, trägt aber je nach HMO zu einem grossen Teil an den Kosteneinsparungen bei. Die Erstberatungsstellen würden im Sinne eines Feldexperiments dazu dienen, das bisherige Ausmass der Risikoselektion bei HMO's genauer zu bestimmen. H+ ist aber klar der Meinung, dass es sich nicht lohnt, einzig für diesen Erkenntnisgewinn den Wettbewerb unter den Versicherungsmodellen zu unterbinden.

[30] Source of data: Federal Statistical Office, Neuchâtel, Swiss Health Survey, 2002, 2007, 2012 and 2017. Coverage: - This survey only covers people aged 15 years and older in private households, excluding collective households (retirement homes, institutions for the disabled, etc). - Data cover generalists and specialists.

der Arztkonsultation zu steuern oder einzuschränken kann beim besten Willen nicht als gesundheitspolitische Priorität deklariert werden. Auch in dieser Hinsicht macht die Einführung von Erstberatungsstellen keinen Sinn.

Im Ergebnis ist es nicht nachvollziehbar, wie das Konzept von Erstberatungsstellen den Weg in ein Paket mit kostendämpfenden Massnahmen finden konnte. Eine kostendämpfende Wirkung ist mangels plausibler Gründe von Erstberatungsstellen nicht zu erwarten.

Es ist weiter nicht ersichtlich, wie Erstberatungsstellen die Qualität der Versorgung verbessern und unnötige Leistungen verhindern sollen. Dazu müssten die Leistungserbringer, die als Erstberatungsstellen in Frage kommen, über Qualifikationen, Kenntnisse oder Skills verfügen, die bisher von den Grundversorgern nicht verlangt wurden. Entsprechende Voraussetzungen werden jedoch in der Gesetzesvorlage nicht verlangt. Es ist auch vollkommen unklar, ob Patienten, die bisher keinem Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers angeschlossen waren und sich neu an eine bewilligte Erstberatungsstelle wenden müssten, eine bessere Versorgung erhalten würden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Patienten aus nachvollziehbaren Gründen keinem HMO- oder Hausarzt-Modell beigetreten sind. Beispiels bevorzugen viele chronisch kranke Patienten, den für ihr chronisches Leiden spezialisierten Arzt als erste Anlaufstelle zu benutzen. Dieser Arzt lernt den chronisch kranken Patienten über eine lange Zeitperiode hinweg kennen und spielt in diesem Sinn die Rolle eines Hausarztes. Wenn nun dieser Spezialarzt als Erstberatungsstelle bewilligt wird, wird sich für den Patienten – glücklicherweise – nichts ändern. Wenn er aber gezwungen wird, einen anderen Arzt aufzusuchen, wird in der Regel kein Vorteil daraus entstehen, sondern eher eine Verschlechterung der Versorgung.

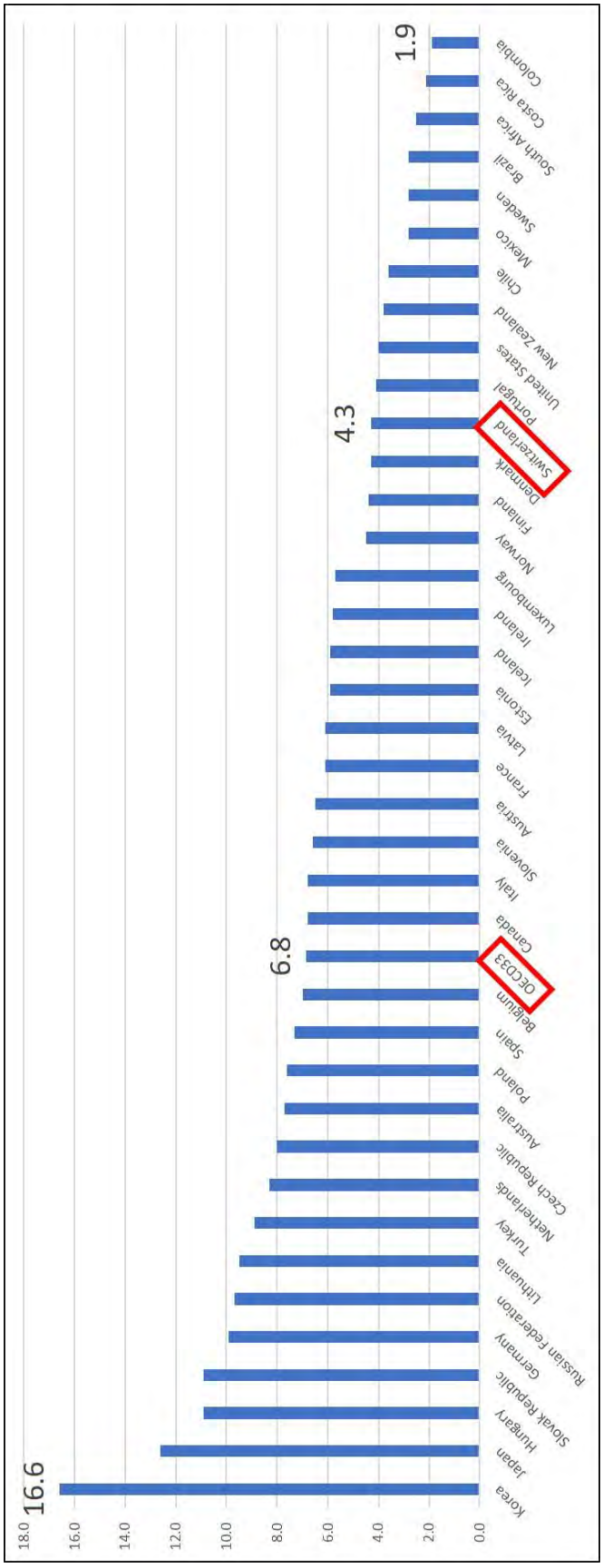
Der Zwang zur Erstberatungsstelle entmündigt die Patientinnen und Patienten und schafft einen weiteren Hebel zur Unterbindung des Qualitätswettbewerbs zwischen den medizinischen Leistungserbringern. Der Bundesrat wird mit der Festlegung sowohl des Umfangs der Leistungen der Erstberatungsstelle (Art. 40c Abs. 4) als auch der Preisfixierung (Jahrespauschale nach Art. 40c Abs. 3) einen zentralen Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung neu direkt steuern und damit der tariflichen Kompetenz von Versicherern und Leistungserbringern entziehen. Die bundesrätliche Jahrespauschale führt zu einer de facto-Lohnempfängersituation der ärztlichen Praxen, notabene ohne jeden Arbeitnehmerschutz.

Der Bundesrat schafft mit diesem unausgegorenen Vorschlag zudem einen neuen problematischen Anreiz der Risikoselektion: Erstberatungsstellen erhalten einen starken Anreiz, gute Risiken (also Versicherte mit einem tiefen Risiko, die Erstberatungsstelle in Anspruch zu nehmen) zu rekrutieren, um so möglichst viele Jahrespauschalen in Rechnung stellen zu können, ohne die Leistung erbringen zu müssen. Umgekehrt werden sogenannt schlechte Risiken (also Versicherte mit Multimorbiditäten oder ältere Versicherte) kaum mehr einen Leistungserbringer finden, der sie unter Vertrag nimmt. Diese Versicherten werden gemäss Art. 40a Abs. 7 vom Versicherer einem Leistungserbringer zwangszugeteilt. Über kurz oder lang wird dieser Mechanismus zu weiterem Regulierungsbedarf führen, um die Risikoselektion zu unterbinden und die Versicherten gleichmässig zuzuteilen, was auf ein staatliches Diktat der Bestimmung der Erstberatungsstelle hinausläuft. Dies ist das Ende jeder freien Wahl der Versicherten.

Im Ergebnis kann H+ keinen einzigen Vorteil darin erkennen, obligatorische Erstberatungsstellen einzurichten. Es sind weder Kosteneinsparungen noch Verbesserungen der medizinischen Versorgung zu erwarten. Vielmehr würden durch diese neue Hürde in der Behandlungskette Ineffizienzen und Leerläufe entstehen.

Aus diesen Gründen lehnt H+ die Erstberatungsstellen ab. Dieser Vorschlag ist aus dem Massnahmenpaket 2 ersatzlos zu streichen.

Abbildung 1. Anzahl der Arztkonsultationen pro Person im Jahr 2017. Quelle: OECD Health Statistics 2019[31].



[31] https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC; abgerufen am 22.11.2020.

Abbildung 2. Anzahl Arztkonsultationen pro Jahr in europäischen Ländern. Quelle: OECD Health Statistics 2019[32].

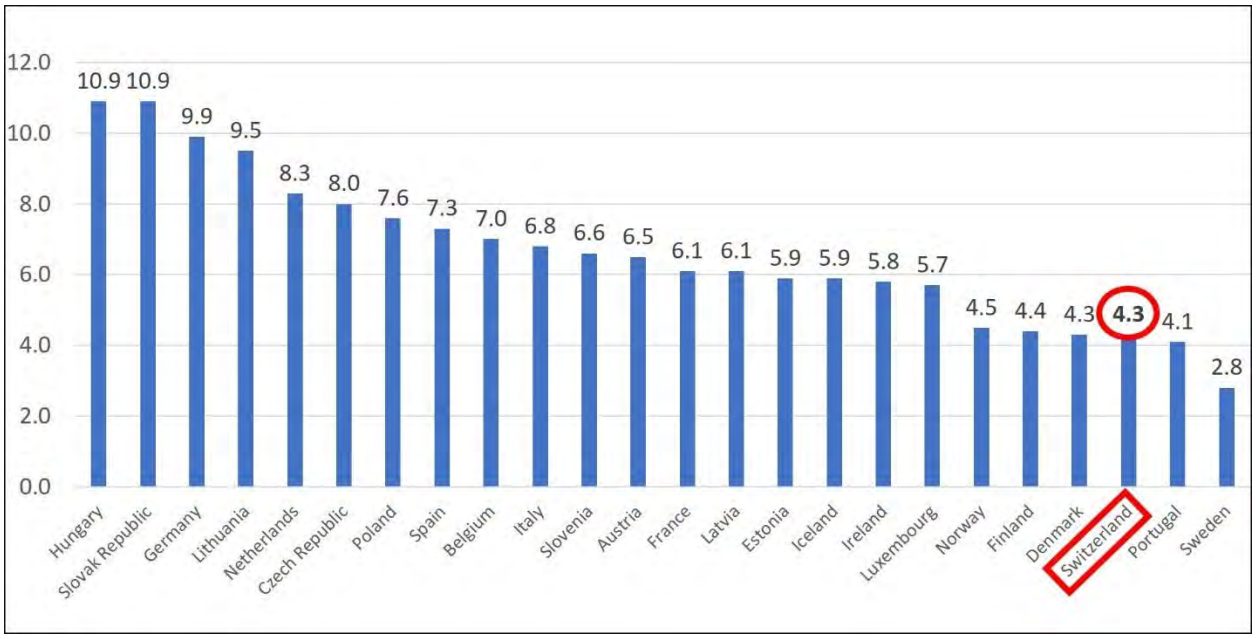
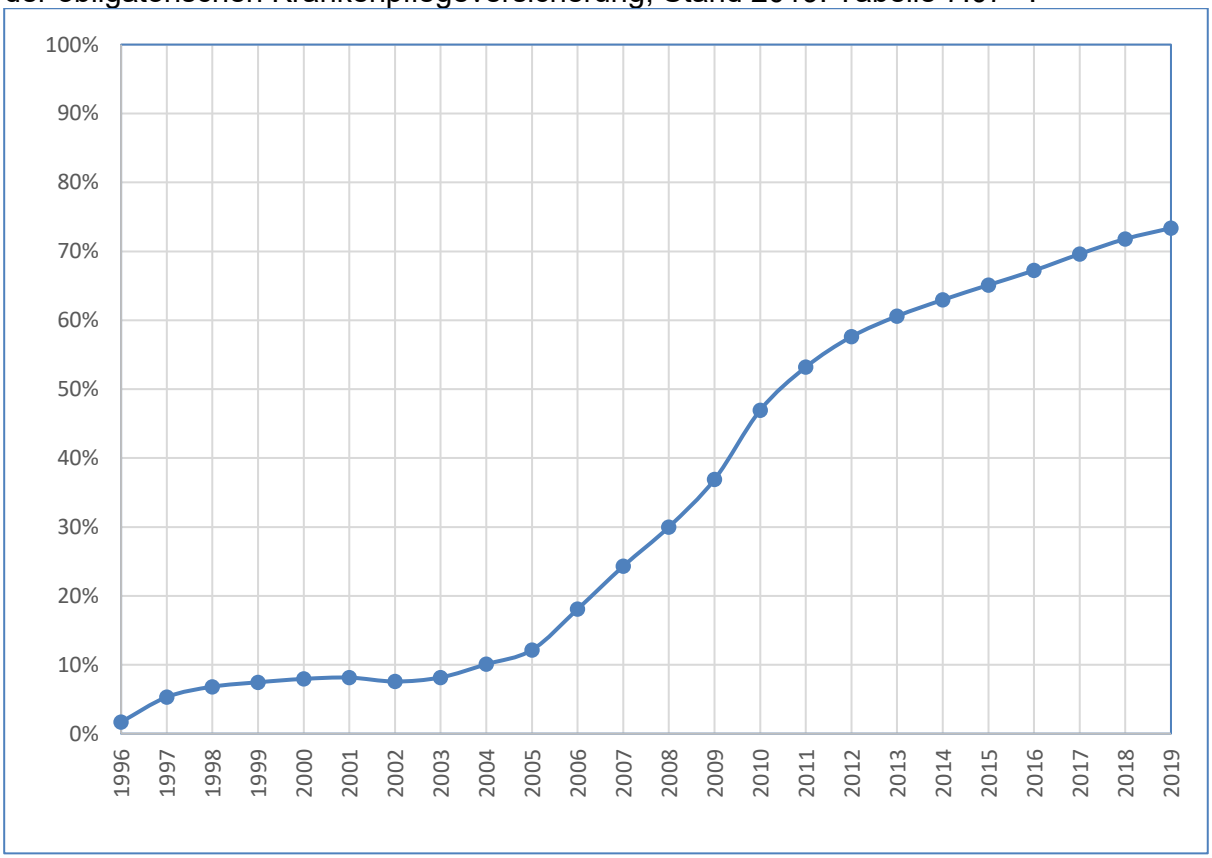


Tabelle 1. Anteil der Versicherten, die sich von 1996 bis 2019 einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers angeschlossen haben. Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Stand 2019. Tabelle 7.07[33].



[32] https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC; abgerufen am 22.11.2020.
[33] https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/publications-aos/stat_kv_19_xls.zip.download.zip/stat_kv_19_xls.zip

5.2.2. Regulierungsfolgenabschätzung (RFA)

Eine RFA zur Erstberatungsstelle fehlt. Diese wäre hier aber besonders wichtig, weil mit dem Obligatorium für alle Versicherten, in der Regel eine Erstberatungsstelle aufsuchen zu müssen, der Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherungsmodellen weitgehend zum Erliegen käme. Es stellt sich sogar die Frage, welche Rolle Versicherungsmodelle unter dem Regime von Erstberatungsstellen überhaupt noch spielen würden. Der Wettbewerb unter den verschiedenen Versorgungs- bzw. Versicherungsmodellen würde auf jeden Fall stark verzerrt werden.
Selbst die Managed Care-Vorlage von 2012, die deutlich weniger einschränkend gewesen wäre als die heute vorgeschlagene Erstberatungsstelle, wurde von der Wettbewerbskommission (WEKO) scharf kritisiert. In Antwort auf ein Schreiben der FMCH nahm die WEKO zur Managed Care-Vorlage wie folgt Stellung[34]: «Zusätzlich zu einer Prämienreduktion werden die Versicherten, die ein Versicherungsprodukt mit integriertem Versorgungsnetz wählen, einen reduzierten Selbstbehalt bezahlen müssen. Diese Massnahme mit dem differenzierten Selbstbehalt verzerrt den Wettbewerb zwischen den nicht integrierten und den integrierten Leistungserbringern zugunsten der Letzteren.» Und weiter: «Die Wettbewerbsbehörden wurden grundsätzlich von einem Angebotszwang von Managed Care-Versicherungsprodukten absehen (eine isolierte Betrachtung des differenzierten Selbsthalts macht im Übrigen aus wettbewerbspolitischer und -ökonomischer Sicht wenig Sinn). Stattdessen plädieren sie für eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges, der auch Managed-Care-Modellen Vorschub leisten wurde (konsequente und richtige Regulierung anstelle von Regulierungsspiralen)». Die WEKO kam zu folgendem Schluss: «Die vom Nationalrat vorgeschlagene Anpassung des KVG für die Einführung von integrierten Versorgungsnetzen ist ein Paradebeispiel für eine Regulierungsspirale, die falsche Anreize setzt und deshalb nicht zu einer Förderung des Wettbewerbs führt»[35].
Wenn die Managed Care-Vorlage wegen wettbewerbsverzerrender Elemente von der WEKO kritisiert werden musste, so muss die Kritik gegenüber dem Konzept von Erstberatungsstellen um einiges schärfer ausfallen. Bei dieser Vorlage wird der Wettbewerb nicht nur verzerrt, sondern geradezu ausgehöhlt.
Alleine schon aus diesem Grund hätte eine RFA durchgeführt werden müssen.

5.2.3. Erfahrungen mit Gatekeeping in anderen Ländern

Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, beruht das Gatekeeping-System in Deutschland auf Freiwilligkeit, sowohl aufseiten der Leistungserbringer wie aufseiten der Versicherten. Hingegen müssen gesetzliche Krankenkassen solche Modelle anbieten. Hausärzte, die mitmachen wollen, müssen besonders qualifiziert sein. Das heisst, sie müssen an Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie teilnehmen. Zudem müssen sie nach evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien arbeiten, die für die hausärztliche Versorgung entwickelt wurden[36].

In Frankreich ist das Gatekeeping-System freiwillig. Die Patienten benötigen eine Überweisung, um von einer Fachärztin behandelt zu werden. Sie können diese jedoch frei wählen. Den Patienten, die keine «behandelnde Ärztin bezeichnen, wird nur 30 statt 70 Prozent

[34] Schreiben der WEKO an die FMCH: 521-0060: Managed Care. Antwort auf Ihr Schreiben vom 18. August 2010. 24. September 2010. Dokument beim Autor erhältlich.
[35] Siehe auch Kommentar in der NZZ am Sonntag: Wettbewerbshüter kritisieren Burkhalter. 25.12.2011, Seite 13.
[36] Erl. Bericht, Seite 53. Siehe auch Hausarztzentrierte Versorgung (HzV): https://de.wikipedia.org/wiki/Hausarztzentrierte_Versorgung .

rückerstattet. Das System geht also deutlich weniger weit als die vorgeschlagene Erstberatungsstelle.

5.3. Spezieller Teil

Art. 40a Erstberatungsstelle

Art. 40a Abs. 1: Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.

Kommentar: H+ lehnt ein solches Obligatorium strikt ab; vgl. Allgemeiner Teil.
Der Erläuternde Bericht geht noch einen Schritt weiter und verlangt, dass sich jede versicherte Person zuerst an die Erstberatungsstelle wendet, wenn gesundheitliche Probleme bei ihr auftreten. Die Spannweite von «gesundheitlichen Problemen» ist beliebig gross und umfasst von der Bagatelle über psychische Verstimmungen bis zum Speiseröhrenkrebs schlichtweg alle möglichen körperlichen und psychischen Erkrankungen und Verletzungen. Eine derart undifferenzierte Aussage macht keinen Sinn und ist zu streichen.
Jede in der Schweiz aufgewachsene oder länger lebende Person weiss, an welchen Leistungserbringer sie sich für eine medizinische, pharmazeutische, psychologische oder pflegerische Beratung und, wenn nötig, Behandlung wenden kann. Den Erstkontakt ohne Differenzierung «bei gesundheitlichen Problemen» auf die Erstberatungsstelle beschränken zu wollen, bevormundet den Patienten und negiert seine Gesundheitskompetenz (Health Literacy), als ob es diesen Begriff gar nicht gäbe und die Organisationen, die sich deren Förderung verschrieben haben, ebenfalls nicht existierten.
H+ lehnt eine derart bevormundende Definition von Erstberatungsstellen ab und schlägt als zeitgemässe Alternative die Förderung der Gesundheitskompetenz der in der Schweiz lebenden Menschen zu verstärken. Davon ist ein weitaus nachhaltigerer Effekt zu erwarten als von Erstberatungsstellen.

Art. 40a Abs. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr:
a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen;
b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist;
c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss.

Kommentar:
Die Aufgaben, wie sie in Bst. a, b und c beschrieben werden, sind typische ärztliche Kompetenz, die keiner besonderen Nennung bedürfen, solange Erstberatungsstellen von Ärzten oder Spitälern betrieben werden. Da nichts andere vorgesehen ist, kann dieser Abschnitt problemlos gestrichen werden. Damit wird aber gleichzeitig deutlich, wie überflüssig die Institution «Erstberatungsstelle» ist. Damit wird nichts anderes gemacht, als die üblichen Aufgaben von Ärzten und Spitälern künstlich in eine Erstberatung und in die weiteren Abklärungs- und Behandlungsschritte aufzuteilen. Das schafft mehr Bürokratie, aber keine Effizienzverbesserung.

Art. 40a Abs. 3: Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:
a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:
    1. Allgemeine Innere Medizin;
    2. Kinder- und Jugendmedizin;
    3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt.

b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen;
c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.

Kommentar:
Mit einem Gatekeeping via Entscheider ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, in den Erstberatungsstellen werden die systemrelevanten sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht bzw. ausgehebelt. Folge wäre die Verschlechterung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung. Für Erstberatungsstellen werden aus Kostengründen mit Pauschalen Anreize geschaffen, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dies würde unweigerlich zu Sortierungseffekten von Patienten/innen mit leichten bzw. mit komplexen psychischen Störungen führen. Erstberatungsstellen weisen nicht die fachliche psychiatrische Kompetenz auf, welche für Triage bzw. Gatekeeping-Aufgaben notwendig sind. Sie würden auch die Hürde, direkt bei den psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, für psychisch kranke Patienten zusätzlich erhöhen, und die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. Sollten dennoch Erstberatungsstellen eingeführt werden, schlägt H+ in Übereinstimmung mit Swiss Mental Health Care (SMHC) für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie vor, institutionelle Ambulatorien mit Notfall- und Triagefunktion als Erstberatungsstellen im Sinne von Art. 40a lit. 3c als «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» mit Erstberatungsfunktion für Psychiatrie und Psychotherapie zu definieren und zu beauftragen. Falls Erstberatungsstellen für die Zuweisung in fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eingesetzt werden sollten, dann wäre diese Funktion auch auf die Zuweisung in die Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten auszuweiten. Auch hier sollten aus unserer Sicht institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Erstberatungsstellen im Sinne von Art. 40a lit. 3c (Netzwerke zur koordinierten Versorgung) mit Erstberatungsfunktion für Psychiatrie und Psychotherapie betraut werden.

Art. 40a Abs. 3 ist mit Bst. d wie folgt zu ergänzen:

Bst d: Ambulatorien von Spitälern und Kliniken sowie Polikliniken.

Begründung: Ambulatorien und Polikliniken tragen seit jeher einen erheblichen Anteil an der Grundversorgung der Bevölkerung bei und können nachgerade als klassische Anlaufstellen für Erstberatungen und Erstversorgungen bezeichnet werden. Polikliniken leisten auch einen massgeblichen Anteil an der Weiterbildung von zukünftigen Hausärzten. Aufgrund der Supervision durch erfahrene Ärzte ist die Qualität der medizinischen Versorgung erstklassig. Aus diesen Gründen wäre es geradezu absurd, Spitalambulatorien und Polikliniken von der Möglichkeit auszuschliessen, als Erstberatungsstellen zu wirken. Diese Ergänzung ist unbedingt anzubringen, falls Erstberatungsstellen eingeführt werden sollten.

Art. 40a Abs. 3 Bst. a ist wie folgt zu ergänzen:

4.Ärztin oder Arzt mit eidgenössisch anerkanntem Weiterbildungstitel, wenn er oder sie nachweislich in der Grundversorgung tätig ist.

Begründung: Die im Erläuternden Bericht aufgeführte Einschränkung auf Doppeltitelträger ist nicht akzeptabel. Beispielsweise besteht bei nicht wenigen niedergelassene Chirurgen, Kinderchirurgen, Gynäkologen und Kardiologen ein grosser Teil ihrer Tätigkeit aus typischen hausärztlichen Leistungen. Diese Fachärzte sind deshalb der Grundversorgung zuzuteilen ohne dass sie dafür einen Weiterbildungstitel gemäss Ziff. 1 oder 2 zu tragen hätten.

Art. 40a Abs. 3 Ziff. 3 ist zu streichen.

Begründung: Wer eine Erstberatungsstelle im Sinne einer ärztlichen Erstbehandlung betreiben will, sollte im Minimum über eine fachärztliche Kompetenz verfügen. Das ist bei praktischen Ärzten jedoch nicht der Fall. Dazu das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF):

> «Inhaber des eidgenössischen Weiterbildungstitels «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» verfügen am Ende ihrer Weiterbildung über die Kompetenz, eigenverantwortlich im Bereich der medizinischen Grundversorgung tätig zu sein. Die geforderte dreijährige Weiterbildung stellt eine Minimalvorgabe dar, **mit der noch keine fachärztliche Kompetenz erworben wird**. In der Regel gilt der Titel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» als Basisweiterbildung für den späteren Erwerb des Facharzttitels Allgemein Innere Medizin»[37].

Jeder Arzt, der neben dem Erwerb eines klinischen Facharzttitels (gleich welche Art) den ärztlichen Beruf im Minimum einige Jahre in einer klinisch verantwortlichen Position, z.B. als Oberarzt, ausgeübt hat, ist besser qualifiziert als ein praktischer Arzt, die Aufgabe einer Erstberatungsstelle auszuüben. Diesem Umstand sollte gebührend Rechnung getragen werden, falls Erstberatungsstellen eingeführt werden sollten.

Art. 40a Abs. 4: Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen). Sie veröffentlichen die Liste so, dass die Versicherten sie jederzeit einsehen können.

Art. 40a Abs. 5: Die Leistungserbringer können beim Kanton, auf dessen Gebiet sie ihre Tätigkeit ausüben, ein Gesuch um Aufnahme in die kantonale Liste der Erstberatungsstellen stellen. Der Kanton entscheidet über das Gesuch und nimmt den Leistungserbringer in die Liste auf, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind.

Kommentar:
Die Kantone müssen die Listen so bewirtschaften, dass Zu- und Abgänge ohne Verzug und lückenlos erfasst werden. Weiter sind die Listen so zu publizieren, dass sie von allen Bevölkerungsschichten zur Kenntnis genommen werden können. Dieser neue administrative Aufwand setzt die Einrichtung von eigens dafür zuständigen Stellen in den kantonalen Verwaltungen voraus. Der Verwaltungsaufwand für die Bewirtschaftung dieser Listen dürfte allfällige Einsparungen, die von der Einrichtung von Erstberatungsstellen zu erwarten sind, aufwiegen. Auch aus diesem Grund ist das Konzept von Erstberatungsstellen abzulehnen.

Art. 40a Abs 6: Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer kantonalen Liste der Erstberatungsstellen aufgenommen sind. Ist der Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies. Die versicherte Person übermittelt die Bestätigung ihrem Versicherer.

Kommentar: Es entbehrt nicht einer – vermutlich unfreiwilligen – Ironie, wie diese Bestimmung in pedantischer Beamtensprache das Ausmass des administrativen Zusatzaufwands veranschaulicht, zu welchem das Konzept der Erstberatungsstelle führen würde. Leistungserbringer und Versicherte als Botengänger der Verwaltung – wahrhaftig ein eigentümliches Konzept für ein modernes Gesundheitssystem!

[37] https://www.siwf.ch/weiterbildung/praktischer-arzt.cfm

Die Pointe dieser Bestimmung offenbart sich aber erst bei der Lektüre des Erläuternden Berichts: «Die Versicherer können für die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Art. 62 KVG die Erstberatungsstelle vorgeben, zum Beispiel in einem Hausarztmodell eine Ärztin aus einer Liste oder in einem Telefonmodell ein telemedizinisches Zentrum»[38]. Sollte diese Auslegung von Art. 40a Abs. 6 tatsächlich zutreffen, müssten die Versicherer die Rolle einer Behörde übernehmen und ihren eigenen Versicherten gegenüber Vorgaben machen, welche im vertraglich vereinbarten Versicherungsmodell nicht vorgesehen sind. Eine solche Konstruktion entbehrt jeglicher Rechtsgrundlage. Die aus dem Erläuternden Bericht zitierte Aussage ist ersatzlos zu streichen.

Art. 40a Abs. 7: Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen:
a. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann;
b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.

Kommentar:
Die Erläuterungen zu dieser Bestimmung verdeutlichen, dass aus dem Konzept der Erstberatungsstelle eine Bürokratie unabsehbarer Komplexität entstehen wird. Nach der Lektüre dieser Passage kann endgültig kein Zweifel mehr daran bestehen, dass diese Gesetzesvorschlage mit aller Deutlichkeit abzulehnen ist.
Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen/Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwanges bei den zugelassenen Leistungserbringern. Unterversorgung Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle Eine pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion. Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- bzw. Unterversorgung

Art. 40b Grundsatz für die Kostenübernahme

Art. 40b Abs. 1: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 nur, wenn:
a. die Leistungen von der Erstberatungsstelle erbracht werden; oder
b. für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer vorliegt.

Kommentar:

Art. 40b Abs. 2: Das Erfordernis einer Überweisung gilt nicht in Notfällen.

Kommentar: Ob ein Notfall vorliegt oder nicht, bestimmt der Leistungserbringer, der den Patienten behandelt. Streitigkeiten mit Versicherungen und Verwaltung, ob tatsächlich eine notfallmässige Behandlung nötig war, sind voraussehbar und werden einen zusätzlichen Bürokratie-Schub auslösen. Auch aus diesem Grund ist die Erstberatungsstelle abzulehnen.

[38] Erl. Bericht, Seite 67, Kapitel zu Abs. 6, dritter Abschnitt.

Art. 40b Abs. 3: Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, benötigen für Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz eine Überweisung ihrer Erstberatungsstelle.

Kommentar: Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, erwächst aus dieser Bestimmung eine zusätzliche Aufgabe für die Gemeinsame Einrichtung. Diese wird die administrative Abwicklung mit dem in der Schweiz wohnhaften ausländischen Versicherten betreffend Bezeichnung der Erstberatungsstelle und Bestätigung der ausgewählten Erstberatungsstelle übernehmen müssen. Die Gemeinsame Einrichtung betreut diese ausländischen Personen, wie wenn sie bei ihr versichert wären. Ein derartiger Zusatzaufwand für die Gemeinsame Einrichtung ist angesichts des fraglichen Nutzens der Erstberatungsstelle klar abzulehnen.

Art. 40b Abs. 4: Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Überweisung und die weiteren Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung.

Kommentar*:* Gestützt auf diese Bestimmung soll der Bundesrat Inhalt, Umstände und die Dauer der Gültigkeit der Überweisung von der Erstberatungsstelle an den nachbehandelnden Leistungserbringer. Zudem regelt er Ausnahmen vom Erfordernis der Überweisung[39]. Hier kann nur erahnt werden, dass eine Myriade von regulatorischen Bestimmungen nötig sein werden, um alle Eventualitäten, mögliche Schlupflöcher und Spezialfälle eindeutig zu regeln. Alleine die Vollzugskontrolle wird einen massiven Ausbau der administrativen Ressourcen erforderlich machen.

Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle

Art. 40c Abs. 1: Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.

Kommentar: Pauschale Vergütungen eigenen sich für Standard-Leistungen, deren Kosten idealerweise eine Normalverteilung oder wenigstens eine vorhersehbare und abgrenzbare Variabilität aufweisen. Es ist jedoch kaum eine Leistung mit grösserer Variabilität denkbar als die Funktion einer Erstberatungsstelle. Viele Versicherte werden eine Erstberatungsstelle gar nie in Anspruch nehmen, während andere diese regelmässig aufsuchen müssen. Dieses breite Spektrum an Leistungen bzw. Nicht-Leistungen mit einer Pauschale abzudecken, ist nicht sinnvoll. Eine solche Pauschale würde für die Leistungserbringer, welche die Funktion einer Erstberatungsstelle ausüben, einen Fehlanreiz darstellen. Diese hätten keinerlei Interesse, diese Funktion auf hohem qualitativem Niveau auszuüben. Dies wäre jedoch für eine Funktion, welche eine zentrale und unumgängliche Rolle in der Gesundheitsversorgung spielen soll, besonders fatal.
Aus diesen Gründen lehnt H+ eine solche Pauschale ab.

Art. 40c Abs. 2: Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.

Kommentar: Es würde gegen das Prinzip des KVG verstossen, wenn Krankenversicherer für Nicht-Leistungen bezahlen müssten. Doch genau dies ist mit dieser Bestimmung vorgesehen. Der im Kommentar zu Art. 40c Abs. 1 festgestellte Fehlanreiz würde durch diese Bestimmung noch verstärkt werden. Ausserdem hätte diese Bestimmung eine kostensteigernde Wirkung, weil sich jeder erdenkliche Leistungserbringer darum bemühen würde, als

[39] Erl. Bericht, Seite 68.

Erstberatungsstelle anerkannt zu werden, um in den Genuss der Pauschale zu kommen — wenn möglich ohne etwas dafür leisten zu müssen. Eine solche Entwicklung kann wohl nicht in der Absicht eines kostendämpfenden Massnahmenpaketes liegen.
H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Art. 40c Abs. 3: Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.
Art. 40c Abs. 4: Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten.

Kommentar: Diese Bestimmung greift in die Autonomie der Tarifpartner ein. Alle für die Funktion einer Erstberatungsstelle infrage kommenden Leistungserbringer verfügen über die Kompetenz, Tarifverträge mit Krankenversicherer oder deren Verbänden Tarifverträge abzuschliessen. Es ist nicht einzusehen, warum sich der Bundesrat bei den Pauschalen nach Art. 40c Abs. 3 über diese Kompetenz hinwegsetzen soll. Er kann dies immer noch im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz machen, falls sich die Tarifpartner nicht einigen sollten. Je nach Leistungserbringergruppe, welche die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben würde, sind unterschiedliche Leistungen und Kosten zu tarifieren. Die Tarifpartner verfügen über die nötigen Kenntnisse, diese Aufgabe erfolgreich abzuschliessen.
H+ lehnt diese Bestimmungen ab.

Art. 40d Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen

Art. 40d Abs. 1: Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer, so kann die versicherte Person unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Untersuchung und Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der von der versicherten Person gewählte Leistungserbringer kann diese wiederum an weitere Leistungserbringer überweisen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.

Art. 40d Abs. 2: Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung vorliegt.

Kommentar: Diese Bestimmung kann problemlos zu einer Endlos-Schleife von Überweisungen von Leistungserbringer A zu Leistungserbringer B zu Leistungserbringer A … usw. führen und damit das Prinzip der Erstberatungsstelle ad absurdum führen. Um dies zu verhindern, wird der Bundesrat seine in Art. 40b Abs. 4 festgelegte Kompetenz dazu benützen, um Inhalt, Umstände und die Dauer der Gültigkeit der Überweisung möglichst restriktiv zu definieren. Daraus werden sich aber neue Probleme ergeben, die zu weiteren Regulierungen führen würden. Mit anderen Worten: Das Konzept der Erstberatungsstelle trägt in sich den Keim für eine Regulierungsspirale. Das Ergebnis werden keine Kosteneinsparungen, sondern zusätzliche Kosten sein.
H+ lehnt Erstberatungsstellen auch und insbesondere wegen der Gefahr einer überbordenden Regulierungsspirale entschieden ab.

6. Koordinierte Versorgung stärken

6.1. Zusammenfassung

Der Bundesrat will die Koordinierte Versorgung mit zwei Elementen stärken
1. «Netzwerken zur koordinierten Versorgung»;
2. «Programme der Patientenversorgung».

6.1.1. Netzwerke der koordinierten Versorgung

H+ lehnt den Gesetzesvorschlag zur Schaffung von «Netzwerken zur koordinierten Versorgung» ab. Es ist nicht Aufgabe des Staates, neue Unternehmensmodelle zu entwickeln, geschweige denn diese auch noch im Gesetz zu verankern. Grundsätzlich wäre ein Förderungsprogramm seitens des Bundes zu einer verbesserten Koordination unter den Leistungserbringern angebracht. Der vorliegende Versuch aber, Führung, Führungsinstrumente, personelle Zusammensetzung, Funktionsweise und Leistungsinhalte dieser neuen Einrichtung auf Gesetzesstufe zu regeln, steht im Widerspruch zur liberalen Wirtschaftsordnung der Schweiz und zu den Prinzipien des regulierten Wettbewerbs des KVG. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeiten sind in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Die «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» würden über kurz oder lang zu einer Kartellisierung der medizinischen Versorgung der Schweiz führen. Grundsätzlich steht es potentiellen Leistungserbringern frei, sich zu «Netzwerken der koordinierten Versorgung» zusammen zu schliessen. Es ist jedoch anzunehmen, dass der Bundesrat mit dem politischen Steuerungsinstrument der Kostenziele bzw. des Globalbudgets massiven ökonomischen Druck ausüben wird, um «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» zu bevorteilen und andere Leistungserbringergruppen wie Ärzte und Spitäler (Art. 35 Abs. 2 Bst. a und h) zu benachteiligen. Ein Leistungserbringer, der ökonomisch überleben will, wird sich nolens volens einem «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» anschliessen müssen, sei es als Teilnehmer des «primären Kreises», sei es als Teilnehmer des «Kooperationskreises».

6.2. Allgemeiner Teil

6.2.1. Zielsetzungen des Bundesrates

Der Bundesrat will einen neuen Typ von Leistungserbringer erschaffen: das «Netzwerk zur koordinierten Versorgung». Es soll eine Einrichtung darstellen, welche Leistungen nach den Artikeln 25 bis 31 KVG ambulant und koordiniert erbringt und zusätzlich die Koordination **über die ganze Versorgungskette** mit weiteren Leistungserbringern ausserhalb des Netzwerkes sicherstellt. Das «Netzwerk zur koordinierten Versorgung muss zwingend aus einem **Koordinationszentrum unter ärztliche Leitung** bestehen. Dem Koordinationszentrum sollen weitere ambulant oder stationär tätige Leistungserbringer angeschlossen werden: Spitäler, Spezialärzte, Apotheken, Organisationen der ambulanten Krankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung usw. Diese vertraglich an das Koordinationszentrum angeschlossenen Leistungserbringer zählen zum sogenannten **«primären Kreis»**. Der Leistungserbringer «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» besteht aus dem Koordinationszentrum und dem «primären Kreis»; er rechnet alle von ihm erbrachten Leistungen gegenüber den Versicherern als einziger Leistungserbringer ab. Das «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» kann mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbaren. Diese Leistungserbringer zählen zum **«Kooperationskreis»**; sie rechnen ihre Leistungen nach den geltenden OKP-Bestimmungen ab.

6.2.2. Rolle der Kantone

Die Rolle der Kantone als Zulassungs- und Aufsichtsbehörde ist nicht klar. «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» würden aller Voraussicht nach kantonsübergreifend tätig sein. Wie sich die Kantone ihre jeweiligen Aufgaben aufteilen würden, ist nicht klar.

6.2.3. Rolle der Tarifpartner

Auch wenn H+ die Förderung von ambulanten Pauschalen unterstützt, steht es dem Bundesrat nicht zu, einen bestimmten Tariftyp vorzuschreiben. Damit greift er in die Tarifautonomie ein.

6.2.4. Spezieller Teil

Art. 35 Abs. 2: Leistungserbringer sind:
o. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.

Kommentar: --

Art. 36b Abs. 1:
Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die:
a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und
b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt.

Kommentar: Die Vorstellung, ein Netzwerk könne die Versorgung über die ganze Versorgungskette steuern, d.h. inklusive stationäre Versorgung und Rehabilitation, war bereits in der Managed Care-Vorlage enthalten und rief eine aus zahlreichen Leistungserbringern bestehende Gegnerschaft hervor, welche sich von einem Netzwerk, das über die dazu notwendigen Kompetenzen gar nicht verfügen kann, nicht steuern lassen wollte. Der hier vorgeschlagene Gesetzesentwurf beinhaltet die gleiche Vorstellung.
H+ lehnt diese Bestimmung auch dieses Mal dezidiert ab.

Art. 36b Abs. 2:
Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.

Kommentar: Kriterien der Strukturqualität vorschreiben, statt Ergebnistransparenz und Indikationsqualität fördern, ist hier wie in den anderen Teilen des Massnahmepaketes 2 und im Verordnungsentwurf zur KVV II der falsche Weg, um «qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen» zu erbringen. Ausserdem wirken sich Förderungen der Strukturqualität in der Regel kostentreibend aus.

Art. 36b Abs. 3: Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen:
a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netz-werk leitet;
b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss;
c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss;
d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette;
e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen;

f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der Patientin;
g. Krankenversicherung.
h. der Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemein-schaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 20154 über das elektronische Patientendossier.

Kommentar: Der Detaillierungsgrad dieses Katalogs ist übertrieben.
H+ lehnt diese Bestimmung ab.

6.3. Programme der Patientenversorgung

6.3.1. Allgemeiner Teil

Mit dieser gesetzlichen Grundlage sollen Leistungen im Rahmen von Patientensteuerungsprogrammen vergütet werden können. Zu diesen Leistungen zählen:
- Leistungen in der Koordination und Beratung
- Überwachungs- sowie Behandlungsmassnahmen durch nicht-ärztliche nach KVG zugelassene Leistungserbringer (insbesondere Apothekerinnen und Apotheker, Advanced Practice Nurses)

Der Bundesrat wird die Programme auf Stufe KVV auf folgende Bereiche beschränken und die entsprechenden Leistungen bezeichnen:
- Strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten (Disease Management);
- Programme zur medizinische Prävention nach Artikel 26 KVG;
- Programme zur medizinische Rehabilitation nach Artikel 25 Abs. 2 Bst. d KVG.

H+ unterstützt die Zielsetzung und die Ausgestaltung dieser Bestimmung.

6.3.2. Spezieller Teil

Art. 25 Abs. 2 Bst. h und i
2 Diese Leistungen umfassen:
h. die folgenden Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:
1. Leistungen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln,
2. Leistungen, die in Programmen nach Buchstabe i durchgeführt werden.
i. Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Program-men durchgeführt werden.

Kommentar: H+, in Übereinstimmung mit GSASA (Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker), empfiehlt folgende Änderung von art. 25 Abs. 2 Bst. h:

Art. 25 Abs. 2
h.die Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:
1. im Zusammenhang mit nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln;
2. im Rahmen von Früherkennungs- und Präventionskampagnen von Bund und Kantonen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;
3. die die Kostenentwicklung dämpfen und für die eine Vereinbarung mit den Versicherern besteht.

Begründung: Spitalapotheker erbringen viele Leistungen, die nicht direkt an eine Abgabe eines Medikamentes gebunden sind. Diese Leistungen werden sowohl ambulant wie auch stationär erbracht. Die vorgeschlagene Formulierung eröffnet die Möglichkeit, auch diese Leistungen margenunabhängig zu tarifieren.

Art. 33 Abs. 3bis
Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.

Kommentar: Zustimmung.

7. Rechtsgrundlage für die differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien

H+ lehnt diese Bestimmung ab.
Eine substantielle Operationalisierung der WZW-Kriterien ist längst fällig und deshalb im Grundsatz zu begrüssen. Die hier vorgeschlagene Bestimmung ist jedoch viel zu unbestimmt formuliert und räumt der Behörde einen zu grossen Interpretationsspielraum ein. Es handelt sich hier um eine Delegationsnorm, welche auf Gesetzesebene wesentlich präziser formuliert werden muss.

7.1. Allgemeiner Teil

Gemäss Erläuterndem Bericht macht es wenig Sinn, bei jedem Arzneimittel eine umfassende Kosten-Nutzenanalyse durchzuführen. Auch bei anderen Leistungen ist eine regelmässige Überprüfung aller drei WZW-Kriterien gleichzeitig in umfassender Tiefe nicht sinnvoll. Entsprechend soll neu eine rechtliche Grundlage geschaffen werden, damit die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen wie bspw. Arzneimittel) zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung (z.B. Einführung bzw. Erstaufnahme, etablierte Anwendung, Ablösung durch neue Leistungen) mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe erfolgen kann.
Kommentar:
Diese Zielsetzung kann im Grundsatz begrüsst werden. Wie aber bereits erwähnt, soll die Operationalisierung wesentlich genauer formuliert werden.

7.2. Spezieller Teil

Art. 32 Abs. 3: Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.

Art. 14 Abs. 2 VE-IVG: Für medizinischen Massnahmen gilt Artikel 32 KVG sinngemäss. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.

Kommentar:
Siehe oben.

8. Preismodelle und Rückerstattungen

H+ begrüsst diesen Vorschlag.
Mit diesem Vorschlag werden die gesetzlichen Grundlagen für Preismodelle und Rückerstattungen gelegt, wie sie international üblich sind. Für den Zugang der Patienten zu innovativen Therapien ist diese Angleichung an internationale Standards unabdingbar.

8.1. Allgemeiner Teil

Zum Zeitpunkt der Zulassung von neuen Arzneimitteln und Arzneimittelkombinationen sowie Medizinprodukten bestehen vermehrt Unklarheiten zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Dies gilt insbesondere aufgrund der neu möglichen schrittweisen Marktzulassung von Arzneimitteln, für die Zulassungen verfügt werden, bevor klinisch kontrollierte Phase III-Studien vorliegen. Die Vergütungsfragen werden in der Folge zusehends komplexer und das Risiko der Vergütung von Therapien, die sich trotz vielversprechender erster Daten schlussendlich als nicht oder weniger wirksam oder sicher erweisen als erwartet, steigt. Verschiedene Länder haben deshalb bereits unterschiedliche Modelle, sog. Managed Entry Agreements, im-plementiert, um auf diese Entwicklungen zu reagieren. Managed Entry Agreements, die sich auf Preise oder Kosten beziehen, werden nachfolgend als Preismodelle bezeichnet.

8.2. Spezieller Teil

Art. 18 Abs. 2septies
2septies Sie führt folgende Fonds:
a. den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15*b* des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 20043;
b. einen Fonds für die Rückerstattungen nach Artikel 52*b*.

Art. 52b Rückerstattungen
1 Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises zurückzuerstatten:
a. dem Versicherer auf dessen Verlangen; oder
b. dem Fonds für Rückerstattungen auf Verlangen des BAG.
2 Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.
3 Er regelt:
a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 1 vorgesehen werden können;
b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung;
c. die Aufteilung der dem Fonds für Rückerstattung einbezahlten Beträge unter den Versicherern;
d. die Verwaltungskosten des Fonds für Rückerstattungen.

Art. 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten
Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 20046 wird verweigert, soweit diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52*b* betreffen.

Art. 14ter Abs. 6 VE-IVG
Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Absatz 5 kann das zuständige Bundesamt, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist,

für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

7 Der Bundesrat regelt:
a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 6 vorgesehen werden können;
b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung.

8 Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 200412 wird verweigert, sofern diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach den Absätzen 6 und 7 betreffen.

Kommentar: --

9. Faire Referenztarife für eine schweizweite Spitalwahl

H+ stimmt diesem Vorschlag mit Vorbehalt zu.
Falls am Prinzip von Referenzpreisen festgehalten werden soll, was durchaus hinterfragt werden darf, sind faire Referenztarife für eine schweizweite Spitalwahl in jedem Fall zu begrüssen. Wie diese festgelegt werden sollen, ist leider viel zu ungenau formuliert worden.

9.1. Allgemeiner Teil

Seit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung können die Versicherten für die stationäre Behandlung unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (vgl. Art. 49a KVG) höchstens nach dem Tarif, der im Wohnkanton für die betreffende Behandlung gilt. Die Kantone sind demnach bereits heute verpflichtet, bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen den Tarif eines ihrer Listenspitäler, welches die betreffende Behandlung erbringt, als sog. Referenztarif heranzuziehen. Wie dieser Referenztarif festzulegen ist, wenn mehrere Listenspitäler des Wohnkantons die betreffende Behandlung erbringen, regelt das Gesetz hingegen nicht. Die Auswahl des für den Referenztarif massgeblichen Tarifs liegt heute somit grundsätzlich im Ermessen der Kantone. Eine Festlegung von teilweise unrealistisch tiefen Referenztarifen durch die Kantone kann aber die freie Spitalwahl der Versicherten und den erwünschten kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen. Durch eine gesetzliche Präzisierung, wie sie auch die von den eidgenössischen Räten angenommene Motion der SGK-N 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» verlangt, kann Klarheit bezüglich der Festlegung der Referenztarife geschaffen und der Wettbewerb unter den Spitälern weiter gefördert werden.
Die vorgeschlagene gesetzliche Bestimmung zur Festlegung des Referenzpreises ist jedoch zu viel zu schwammig:

> «Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.»

Nachdem der Vorschlag zur Änderung der KVV in bezug auf den Benchmarkt aus Sicht von H+ als verunglückt bezeichnet werden muss, kann nicht davon ausgegangen werden, dass auf der Grundlage dieser hier vorgeschlagenen Bestimmung ein Referenzpreis, der die Qualifikation «fair» verdient, ermittelt werden würde. Deshalb kann H+ dieser Bestimmung nur unter dem Vorbehalt zugestimmt werden, dass auf Ebene der KVV ein fairer Benchmarkt festgelegt wird.

9.2. Spezieller Teil

Art. *Art. 41 Sachüberschrift, Abs. 1, 1bis, 1ter, 2, 3bis Einleitungssatz und 4*
Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen Krankenversicherung.
1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49*a*) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

1bis Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn:
a. der Leistungserbringer, der die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital überwiesen hat, dies seinerseits im Rahmen einer Überweisung getan hat;
b. eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung vorliegt.

1ter Die Absätze1 und 1bis gelten sinngemäss für Geburtshäuser.
2 Werden Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so können sie in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.
3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:
4 Aufgehoben

Kommentar: ---

10. Elektronische Rechnungsübermittlung

H+ stimmt diesen Bestimmungen zu.

10.1. Allgemeiner Teil

Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, soll die genaue Ausgestaltung der elektronischen Übermittlung an die Tarifpartner übertragen werden. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände haben eine Vereinbarung abzuschliessen. Sie haben sich auf einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung zu einigen. Die Rechnungsstellung soll über ein standardisiertes Formular mittels einer Plattform erfolgen. Dabei ist es wichtig, dass mit dem Standard die Datensicherheit gewährleistet ist. Wenn sich die Parteien innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes nicht einigen und kein allgemeingültiges elektronisches Rechnungsübermittlungssystem installieren, ist es die Aufgabe des Bundesrates den Standard festzulegen. Diesbezüglich ist anzuführen, dass sich die Akteure des Gesundheitswesens bereits seit einiger Zeit im «Forum Datenaustausch» zusammengeschlossen haben. Das Forum verfolgt unter anderem das Ziel, einheitliche, gemeinsam entwickelte Standards für den elektronischen Datenaustausch festzusetzen. Das Gefäss für die Einigung auf einen einheitlichen Standard existiert also bereits.

10.2. Spezieller Teil

Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3ter
2 … In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherer:
a. den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung im Fall der stationären Behandlung;
b. die Vergütung der Leistungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Artikel *52b* Absatz 1 oder 2 vorgesehen hat.
3ter Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.

Art. 42a Abs. 2–3
2 Die Versichertenkarte wird für die Rechnungsstellung für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.
2bis Sie kann verwendet werden als:
a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 20155 über das elektronische Patientendossier;
b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.
2ter Ausserhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes darf sie nur verwendet werden, wenn eine formelle gesetzliche Grundlage dies vorsieht und wenn der Verwendungszweck und die Nutzungsberechtigten bestimmt sind.
3 Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt wird. Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Vorgaben.

Kommentar: --

* * * * *

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Anne Bütikofer
Direktorin

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Praxis Dr. med. Johannes Haefelfinger

Abkürzung der Firma / Organisation : Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie FMH

Adresse : Spitalweg 10, 4125 Riehen

Kontaktperson : Johannes Haefelfinger

Telefon : 061 641 60 20

E-Mail : j.haefelfinger@hin.ch

Datum : 05. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

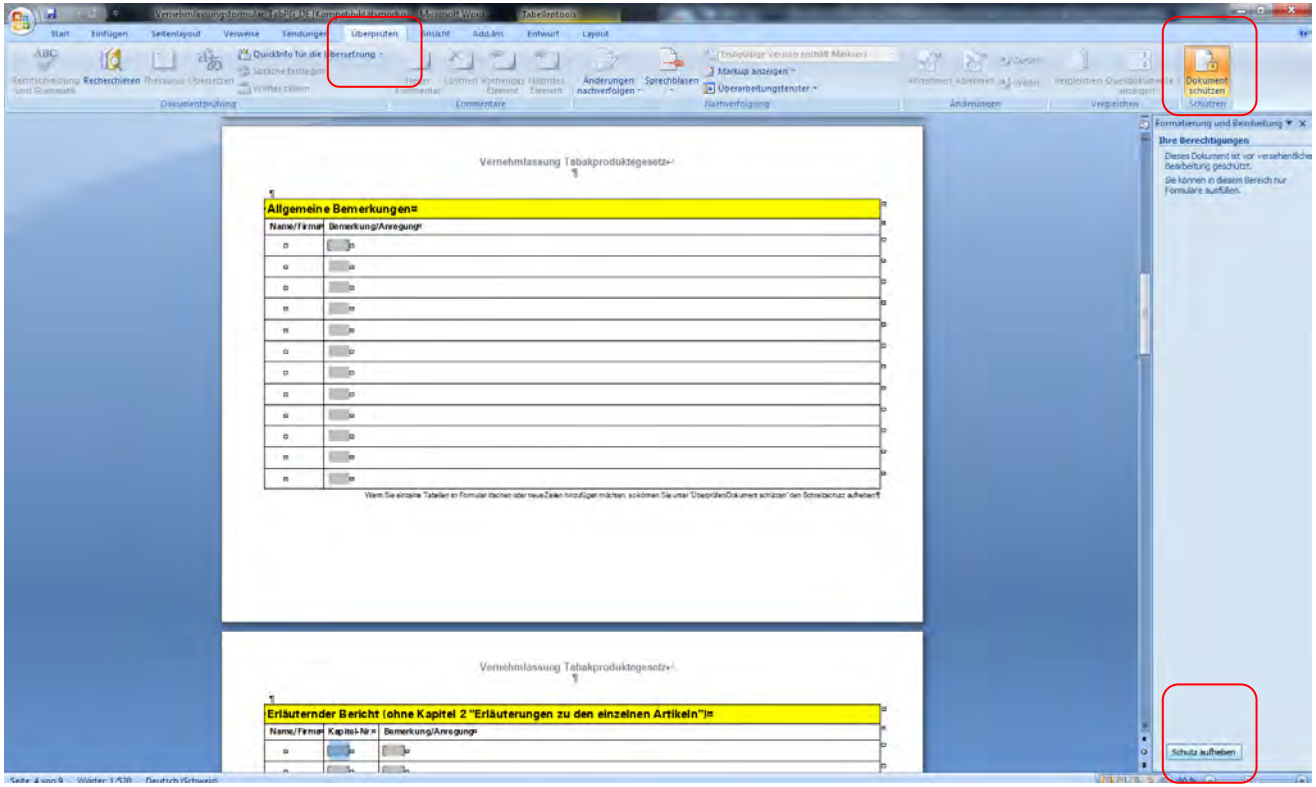
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

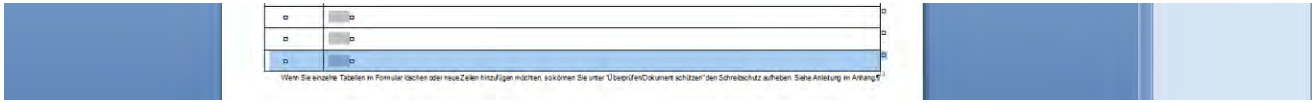
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



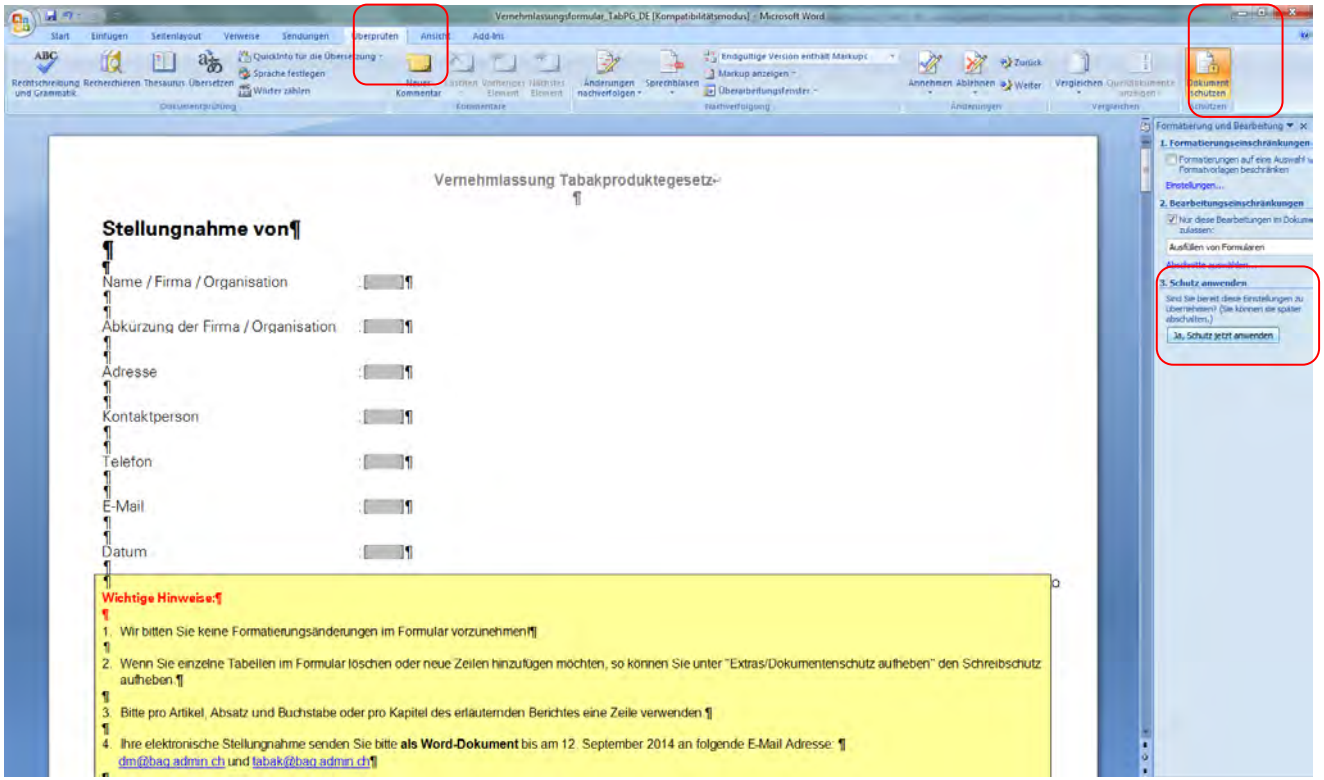
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hanna Steinmann, Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Abkürzung der Firma / Organisation : HS

Adresse : Richard-Wagnerstrasse 8, 8002 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Hanna Steinmann,

Telefon : 079 286 95 40

E-Mail : hanna.steinmann@hin.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	**Nutzen und Qualität unseres Gesundheitswesens** • Gesamteuropäisch ist Schweiz bezüglich Zugang zu medizinischen Leistungen an der Spitze. Unsere Wartezeiten bspw. für Termine innerhalb von weniger als einem Monat beim Hausarzt oder Psychiater oder für auch operative Eingriffe sind am kürzesten. **In der politischen Diskussion um Kosten und Qualität werden immer wieder Vergleichsländer wie Deutschland und Grossbritannien zitiert, die aber bezüglich Wartezeiten schlecht abschneiden.** • Der uneingeschränkte und zeitnahe Zugang macht aber die Qualität eines Gesundheitswesens aus. Es ist äusserst relevant wie lange jemand mit einer Erkrankung auf eine Behandlung warten muss. Die Folgen bei langer Wartzezeit sind direkte Kosten bei Verlaufsverschlechterungen, notfallmässige stationäre Behandlungen und Chronifizierungrn und somit zeitverzögert intensivierte Arzt- oder Spitalbesuche, aber auch indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle oder Pflege von Angehörigen. usw. **Das bedeutet, der uneingeschränkte und zeitnahe Zugang hilft zusätzliche Kosten zu vermeiden. (BAG 2011 bei psychischen Erkrankungen sind nur 27% direkte Kosten versus 73% indirekte Kosten (BAG-Studie 2011)**. • **Die frühzeitige und angemessene Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen hat volkswirtschaftlich gesehen Gewicht, da sie zur Verminderung von Chronifizierung, Arbeitsausfällen, IV-Berentungen und frühzeitigen Pensionierungen, zu Verbesserung von Verlauf und Prognose und insgesamt zu einer Reduktion der indirekten und direkten Kosten und somit der gesamten Kosten führt[i]. Gemäss WHO ergibt jeder Dollar, der für die Behandlung von Ängsten und Depressionen investiert wird, vier Dollar Gewinn in Form von besserer Gesundheit und höherer Arbeitsproduktivität (Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry, 3(5): 415-424.).** • Im Vergleich zum Jahr 2010 ist 2016 der Anteil an Befragten, die zufrieden sind mit dem Gesundheitssystem und dessen Abläufen und **nur geringfügige Änderungen** wünschen von 46.4% auf 58.6% gestiegen (International Health Policy Survey, Commonwealth Fund 2016). • und last but not least: dies alles in einem Gesundheitssystem, dass an 3. Stelle weltweit ist bezüglich Qualität (*Lancet 2017)* und zu dem US-Ökonomin Elisabeth Teisberg in ihrer Studie rät, im CH-System keine Gesundheitsreformen mit dem Ziel der Kostenreduktion zu verfolgen, da diese die Kosten noch mehr aufblähen würden.

	<u>Fazit Kosten versus Qualität/Nutzen des Schweizerischen Gesundheitswesens</u> Die Schweiz hat eines der qualitativ hochwertigsten Gesundheitsversorgungssysteme weltweit mit einer guten Kosten-Nutzen-Rechnung, die Schweizer Bevölkerung profitiert von den Leistungen dieses Gesundheitswesens, aber zahlt auch einen Grossteil der Kosten aus eigener Tasche (Out-of-Pocket, private Haushalte) . ***Die Kostendämpfungsmassnahmen bringen für die Bevölkerung einen grossen, unfreiwilligen Nutzenverlust und Qualitätsverlust vor allem in der ambulanten Gesundheitsversorgung mit sich, genau dort, wo die Bevölkerung den grössten Nutzen sieht.***
HS	**Die Haltung der Bevölkerung bezüglich Massnahmen zur Kostensenkung** 87% der Bevölkerung hatten eine sehr positiven oder eher positiven Eindruck vom Gesundheitswesen (2018), dies zeigt eine hohe Akzeptanz des vor 22 Jahren eingeführten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der Schweizer Bevölkerung. 73 % der Bevölkerung wollen auf keinen Fall, dass es keine freie Arztwahl mehr gibt (Gesundheitsmonitoring 2019), auch ist im Vergleich zu den Vorjahren die Bereitschaft der Bevölkerung, auf die freie Spitalwahl zu verzichten auf 58% und der Anteil keine Therapiefreiheit zu haben auf 47% gesunken. Unterlegt wurde diese Haltung 2014 von der stimmberechtigen Bevölkerung mit der klaren Ablehung der «Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse».
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	**Haltung der Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber den Massnahmen zur Kostendämpfungspaket** Die freie Arztwahl und der direkte Zugang ist besonders in der ambulanten psychiatrischen Gesundheitsversorgung zentral (siehe Bemerkungen zu Artikel 40a-d Erstberatungsstelle).

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	21	2		Ich spreche mich nicht gegen die Erhebung und die Weitergabe von Daten in aggregierter Form aus, solange sie sachdienlich der Umsetzung des KVG dienen. Ich lehne jedoch den vorgeschlagenen Artikel ab, der das BAG und den Bundesrat ermächtigt, die Daten zudem pro versicherte Person und auch pro Leistungserbringer zu erheben. Es gibt keine wissenschaftlich angemessene Begründung, dass die aggregierten Daten für die Überprüfung der Kostenentwicklung, zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und den daraus resultierenden Entscheidungsgrundlagen sowie zur Evaluation des Risikoausgleichs sowie zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität im Bereich der Arzneimittel, Mittel und Gegenstände nicht ausreichen sollten. Die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, um Rückschlüsse auf persönliche Informationen der Versicherten zu verhindern. Die Anonymität der Versicherten und der Schutz der individuellen Daten ist bei der Weitergabe pro versicherter Person *nicht* gewährleistet. Eine Datenerhebung mit Daten pro Versicherter sollten nicht als Entscheidungsgrundlage für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung benötigt werden. Für Tarife gilt grundsätzlich, dass sie der Tarifautonomie unterliegen. Eine Datenerhebung von nicht anonymisierten Daten dient der subsidiären Kompetenz des BR in Bezug auf Tarife nicht mehr als die aggregierten Daten.	Streichung von 3. Satz in Abs.2 von AÜrt. 21

				Die Datenerhebung sollte generell zentral durch das Bundesamt für Statistik erfolgen analog zur bewährten Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS).	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	32	3		Ich lehne die vorgeschlagene systematische periodische Überprüfung der WZW-Kriterien durch den Bundesrat, namentlich die Festlegung ihrer Häufigkeit und ihres Umfang durch den Bundesrat, ab. Die WZW-Kriterien werden bereits heute durch die Versicherer angewendet, auch heute schon werden periodische Überprüfungen durchgeführt, basierend auf dem aktuell geltenden Vertrauensprinzip bei den ärztlichen Leistungen. In den aktuellen Erläuterungen werden vom Bundesrat keine Angaben über die Ausgestaltung und Finanzierung eines solchen systematischen Überprüfungssystems gemacht. Eine Systematisierung der schon bestehenden Überprüfungsmöglichkeiten der WZW-Kriterien braucht es nicht und sie würde zu erheblichen Zusatzkosten führen ohne wesentliche Kosteneinsparungen.	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art.32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	35	2	o.	Ich lehne eine Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie ins KVG nach Art.35 Abs. 2 Bst. o. ab, da die Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen für diese neue Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» eine Generalvollmacht für den Bundesrat bedeuten würde. Mit der Annahme dieses Artikel könnte der Bundesrat Führungsinstrumente festlegen, welche alle notwendigen Daten für die Beurteilung der Zulassungsvoraussetzungen, der Wirtschaftlichkeit und der Tarifierung enthalten müssen. Dies Weg wäre ein weiterer Schritt in Richtung Planwirtschaft. Unserem aktuell liberalen Gesundheitssystem würde durch die Einführung dieser Artikels vorgegeben werden, wie solche	

				Betriebe organisiert werden müssen, wie die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Die Definition eines Ärztenetzes ist überflüssig, da diese schon in den Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch die Ärzte und Ärztinnen dienen, enthalten ist und in Art. 36a bereits definiert sind. Diese Netzwerke bergen die Gefahr von staatlich geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten der gleichen Fachrichtung, indem Leistungserbringer der gleichen Fachrichtung benachteiligt werden, die nicht einem Netzwerk angehören.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	36b	1-3		Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2 Eine Förderung der koordinierten Versorgung ist grundsätzlich zu begrüssen, jedoch bezweifele ich, dass die geplante Gesetzesänderung, nämlich die Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen durch den Bundesrat für Netzwerke zur koordinierten Versorgung eine wirtschaftliche und qualitätserhaltende Förderung bedeutet. Diese Gesetzesänderung ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke, diese sind in einem liberalen Gesundheitssystem frei in ihrer Organisation und Struktur.	Präzisierung:….notwendige Daten in aggregierter Form enthalten müssen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	40a-d			Ich lehne die Einführung von Erstberatungsstellen ab. Patientinnen und Patienten sollen weiterhin die Möglichkeit haben, direkt einen Arzt/eine Ärztin ihrer Wahl aufzusuchen, ausser sie haben freiwillig ein Versicherungsmodell mit Gatekeeper Funktion gewählt. **Gerade bei psychiatrischen PatientInnen sind die Gesundheitskosten mit dem**	Neu vorgeschlagene Art. 40a-40d sind ersatzlos zu streichen

				Gatekeeping Modell deutlich höher als bei freier Arztwahl. Es ist aus unten aufgeführten Gründen dringend notwendig, dass die Patienten und Patientinnen weiterhin direkt eine/n Psychiater/in aussuchen können. Der Anteil der Behandlungen psychischer Krankheiten am Gesamtvolumen der medizinischen Behandlungen ist gross, vor allem im ambulanten Bereich. Psychiater/-innen sind aufgrund der Häufigkeit der Erkrankungen und aufgrund des Direktzugangs für einen Grossteil der medizinischen Versorgung unseres Landes zuständig. **FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie sind die zweitgrösste Facharztgruppe der Schweiz (hinter den Fachärzten für allgemeine innere Medizin). Sie sind für die Schweizer Bevölkerung bei psychischen Erkrankungen die ersten Ansprechpersonen. Gemäss einer BASS-Studie (1) nehmen 42% der Befragten mit einem psychischen Problem direkt bei Psychiater/-innen eine Behandlung in Anspruch (von Psychiater-/innen delegierte Therapeuten/-innen nicht eingerechnet). In Ländern wie Deutschland und den Niederlanden ist dies in nur 9% resp. 13% der Fall. Die rasche und direkte Behandlung durch die Psychiater/-innen in der Schweiz schlägt sich auch in den Gesundheitskosten nieder. So sind die Kosten der *psychischen* Gesundheitsversorgung in der Schweiz mit ihrer hohen - aber eben wichtigen und notwendigen – ambulanten Psychiaterdichte verglichen mit den Niederlanden deutlich tiefer mit 9.2% versus 20.9% (1). Die Niederlande sowie Deutschland werden mit ihrem Gatekeeping-Modell für die aktuell vorgeschlagene Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung als positive Beispiele aufgeführt, die Kosten für die psychische Gesundheitsversorgung sind mit diesem Modell aber nachweislich höher als in der Schweiz. Die psychische Gesundheit in der Schweiz rückte in den**	

				letzten Jahren zunehmend ins Zentrum politischer Bemühungen. So wurde der Bundesrat beauftragt, Verbesserungen zur Vorbeugung und Früherkennung psychischer Störungen anzustreben. In einem hierfür ausgearbeiteten vierteiligen Massnahmenpaket wurde unter anderem der niederschwellige Zugang zu Angeboten der gemeindenahen Versorgung gefordert (2). Diese Niederschwelligkeit würde unseres Erachtens ins Gegenteil verkehrt, wenn Patienten mit Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Unterstützung jedes Mal durch einem Gatekeeper beurteilt werden müssten. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Beziehung ist ausschlaggebend für den Therapieerfolg, das Vertrauen zum Behandler ist bei psychischen Problemen zentral und es besteht weiterhin eine Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Dies sind Faktoren, die besonders in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung die freie und direkte Arztwahl umso relevanter machen. Die freie Arztwahl und der direkte Zugang zu Psychiater/-innen ist ein Bedürfnis für die Bevölkerung. Aufgrund von Umfragen und von Volksabstimmungsresultaten zeigt sich, dass die Bevölkerung einen direkten Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung ohne Gatekeeping wünscht. 2012 scheiterte ein ähnliches Managed-Care-Modell wie die aktuell vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung in der Volksabstimmung mit 76 Prozent Nein-Stimmen. Die Bevölkerung müsste mitentscheiden können, welche Ärzte und Ärztinnen die EinwohnerInnen ohne Gatekeeping aufsuchen können. Es ist unseres Erachtens eine unzumutbare Bevormundung, wenn Menschen mit psychischen Problemen, denen es aufgrund der Stigmatisierung ohnehin schwer fällt, Hilfe in Anspruch zu nehmen, vor jedem Besuch beim Psychiater einen	

				Gatekeeper aufsuchen sollen. **Es ist nicht im Interesse der Bevölkerung, die aktuell freiwillig eingeschränkte Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. Der Weg über eine Erstberatungsstelle führt zu einer bürokratischen Zusatzschlaufe mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen, welche den freien Zugang zur medizinischen Behandlung zu Lasten der Patientinnen und Patienten erschwert und verteuert (3). Die Pro-Kopfpauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen. Bei knappen Ressourcen sind die Leistungserbringer gezwungen, sich auf möglichst gesundes Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit erhöhtem Behandlungs -und Abklärungsbedarf nicht zu behandeln. Dies führt zu Anreizen einer Patientenselektion, ähnlich wie bei den Versicherern. Eine gute Koordination und umfassende Abklärungen sind nicht möglich, in der Folge sinkt die Qualität der Versorgung, der Zugang zu medizinischen Leistungen wird chronisch und psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten erschwert.** **Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl prinzipiell für alle auf. Dies entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung.** *1.).Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland. Jäggi, J, Künzi K, deWijn, N, Stocker, D. BASS, Schlussbericht vom 9. März 2017* *2.).Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Handlungsfelder; Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen*	

				GesundheitsdirektorInnen GDK, Gesundheitsförderung Schweiz; 2015	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	41	a		Da die Erstberatungsstelle (Art. 40a-d) abgelehnt wird, kann auf den Art. 41a ebenfalls verzichtet werden.	Analog 40a-d anzupassen

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	41	b			Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	48	a		Für die neu geplanten «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» werden mit den Versicherern in Tarifverträgen Pauschalen je Pat/Patientin oder Versichertengruppe festgelegt, während die angeschlossenen Leistungserbringer ihre Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen sollen. Die Abgeltung der Netzwerke und deren angeschlossenen Leistungserbringer wären demnach von Gesetzes wegen einem Globalbudget zugeordnet mit entsprechender Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. Und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits möglich (Kann-Formulierung)	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HS	54	a-e		**Ich lehne Kostenblöcke, Kostenziele bzw ein staatliches Globalbudget ab**. Wie wir auch jetzt in der Pandemie erleben, kann bisher noch in keiner wissenschaftlichen Untersuchung aufgezeigt werden, welcher Anstieg der Gesundheitskosten auf die wirtschaftliche Entwicklung, den demographischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist. Die möglichen und erlaubten Mehrkosten werden deshalb rein politisch definiert werden. Bei Überschreitungen dieser Kostenziele werden zur Senkung der Kosten die Tarife generell gesenkt oder in Abhängigkeit der Leistungsmenge, beides erfolgt als staatliche Intervention oder kantonal willkürlich. Bei einem jährlichen Preisabschlag werden insbesondere Ärztinnen und Ärzte jener Fachbereich leiden, deren Umsätze bereits heute kaum die Gestehungskosten der Praxis decken können. Dies sind vor allem Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, also die Grundversorger. Die Nachwuchsprobleme genau in diesen Fachgebieten sind schon	Ersatzlose Streichung von Art. 54a-e

				heute deutlich spürbar und werden durch die vorgeschlagenen Massnahmen noch verschärft. **Es ist für einen Leistungserbringer im klinischen Alltag nicht möglich, bei einem Patienten mit einem bestimmten Behandlungsbedarf an Tag x zu wissen, wie viele weitere Patienten in der laufenden Budgetperiode noch mit diesem oder einem noch dringenderen Behandlungsbedarf zu ihm kommen. Das heisst, Ärztinnen und Ärzte werden medizinische Ressourcen beschränken müssen.** **Wir Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sind verpflichtet, den Patienten und Patientinnen die medizinische Behandlung zu geben, die sie benötigen. Dies ist im oben genannten Rahmen nicht mehr möglich.** Die Einführung einer Zielvorgabe in der OKP würde zu einer Zweitklassenmedizin führen, bei der zahlungskräftigen Schweizerinnen und Schweizern bevorzugt wären. Auch ist zu erwarten, dass die Kostenziele respektive das Globalbudget zu hohen Ausgaben für den administrativen Aufwand führen werden: -beim BAG für die Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen -bei den Kantonen für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung betroffener Akteure -für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen. Diese hohen Ausgaben für ein massiv erhöhten administrativen Aufwand könnten nicht für die Behandlung Kranker eingesetzt werden.	

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

[i] Maercker, A., Perkonigg, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. Swiss Med Wkly, 143(w13751).

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hautarztpraxis Barbara Theler

Adresse : Seestrasse 124

Kontaktperson : Barbara Theler

Telefon : 043 810 75 46

E-Mail : info@hautarztpraxis-barbara-theler.ch

Datum : 18.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen
Weitere Vorschläge

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Hautarztpraxis Barbara Theler	Als Fachärztin für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich eine wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung e allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage desha Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbu respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstell Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und da Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von de föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben ink eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, de Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in andere

Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfal durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare A and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen d welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfrage seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) z vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachse und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jed nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eh günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

- **Massnahmen müssen Qualität fördern**
  Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken

würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würde einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich f Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ol verstaatlichende Zusatz-Regulierung.
Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerisc Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung.

- **Kostendämpfung findet statt**
  Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet.

- **Kompetenzen-Wirrwarr**
  Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorla neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen.

- **Vage Schätzungen taugen nicht**
  Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzierer Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszug dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) na Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfa

	rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip ri staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsförde und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Si Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorg (Textvorschl
Hautarztpraxis Barbara Theler	21			~~«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
	36b	3	b	~~«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	

Hautarztpraxis Barbra Theler	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	

	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und	

				somit zur Leistungsrationierung	
	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Si
Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hautarztpraxis Kloten

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Marktgasse 3, 8302 Kloten

Kontaktperson : Dr. med. Michael Geiges

Telefon : 044 804 30 40

E-Mail : michael.geiges@hin.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Weitere Vorschläge 11

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Hautarztpraxis Kloten Michael Geiges	Ich bin Facharzt für Dermatologie und Venerologie und diagnostiziere und behandle neben sehr vielen verschiedenen Hautproblemen eine besonders grosse Zahl an Patienten mit schweren belastenden, sozial und beruflich einschränkenden entzündlichen Hauterkrankungen oder Hautkrebs, wobei es dabei auch besonders darum geht, Frühstadien und Vorstufen rechtzeitig zu erkennen und durch ihre Behandlung schwere Verläufe und belastende und teure Therapien zu vermeiden. Ein wesentlicher Bestandteil eines Therapie- oder Präventionerfolges ist die individuell auf den Patienten (jung, alt, krank, fit, Mann, Frau, Kind) angepasste Abklärung, Behandlung, Aufklärung und Beratung. Diese unterscheidet sich nicht selten trotz gleicher Diagnose erheblich zwischen zwei Patienten und ist schlecht voraussagbar. Ein sehr grosser Anteil der täglichen Diagnosen lassen sich dank der entsprechenden Aus- und Weiterbildung und insbesondere auch der Erfahrung sehr einfach durch Inspektion, Tastbefund und kostengünstigen Zusatzuntersuchungen, z.B. eine kleine Gewebsprobe, rasch und unkompliziert diagnostizieren. Der grösste Teil der täglichen Praxis entspricht einer medizinischen Grundversorgung. Eine vorausgehende Triage ist bei Patienten mit Hautproblemen selten nötig, da sie sich automatisch an den richtigen Spezialisten wenden. Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Ich lehne die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Kostendeckelungen, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die

	Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Ich halte fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehene die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte die fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.

	In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen.

	- **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Ich bitte Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanke mich für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Hautarztpraxis Kloten	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erf llung der folgenden Aufgaben gen gen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Hautarztpraxis Kloten	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Hautarztpraxis Kloten	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Hautarztpraxis Kloten	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Hautarztpraxis Kloten	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Hautarztpraxis Kloten	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Hautarztpraxis Kloten	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Hautarztpraxis Kloten	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Hautarztpraxis Kloten	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Hautarztpraxis Kloten	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Hautarztpraxis Kloten	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Hautarztpraxis Kloten	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Hautarztpraxis Kloten	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Hautarztpraxis Kloten	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Hautarztpraxis Kloten	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Hautarztpraxis Kloten	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Hautarztpraxis Kloten	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Hautarztpraxis Kloten	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hautspezialisten am Glattpark

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Thurgauerstrasse 105, 8152 Glattpark (Opfikon)

Kontaktperson : Prof.Dr. Ingo Haase

Telefon : 044 310 12 40

E-Mail : ingo.haase@hin.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Weitere Vorschläge 12

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	Als Facharzt für Dermatologie gehören die frühe Erkennung und Behandlung von Hautkrankheiten zu meinen Kerngebieten. Die korrekte Erkennung von Hauterkrankungen ist sowohl für die Lebensqualität des Patienten als auch für die schnelle und effiziente Behandlung überaus wichtig. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, also die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl und die staatliche Vorgabe einer Kostendeckelung. Die Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat ist besorgniserregend. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Darüber hinaus haben die Erfahrungen seit der Durchsetzung der rigiden Sparvorgaben mittels sog. Regelleistungsvolumina gezeigt, dass es regional zu einer starken Ausdünnung der medizinischen Versorgung gekommen ist. Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in

	anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendeckel als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade letztere fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Somit wären ältere und kranke Menschen im Versicherungsmodell benachteiligt. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Dieser grundsätzlich falsche Ansatz innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten

	Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erf llung der folgenden Aufgaben gen gen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	

Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologische Praxis	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können.	

Hautspezialisten am Glattpark				Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	

Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	

Dermatologische Praxis Hautspezialisten am Glattpark	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hirslanden Klinik Birshof AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Reinacherstrase 28, 4142 Münchenstein

Kontaktperson : Beatriz Greuter, Direktorin

Telefon : 061 335 25 00

E-Mail : beatriz.greuter@Hirslanden Klinik Birshof .ch

Datum : 10. Dezember 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 11

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Im Namen der Hirslanden Klinik Birshof AG danken wir Ihnen für die Gelegenheit, zum Vorentwurf der Massnahmen zur Kostensenkung (Paket 2) und damit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative der CVP «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» Stellung nehmen zu können. **Vorbemerkung** Wie der Bundesrat im Erläuternden Bericht zum vorliegenden indirekten Gegenvorschlag feststellt, nimmt die Kostenbremse-Initiative ein wichtiges Anliegen der Schweizer Bevölkerung auf. Die Finanzierung der Krankenkassenprämien stellt für Teile der Bevölkerung eine spürbare finanzielle Belastung dar. Hirslanden Klinik Birshof anerkennt diese Problematik, ist aber wie der Bundesrat der Auffassung, dass der Vorschlag der CVP, die Gesundheitskosten alleine an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und an den Lohnindex zu koppeln, zu kurz greift. Die vom Bundesrat vorgelegten Massnahmen verfehlen jedoch die in der Vorlage genannten Ziele zur Kostendämpfung – im Gegenteil, sie führten zu deutlichen Kostenzunahmen – und hätten einschneidende Folgen für die medizinische Versorgung. Die Innovationskraft des schweizerischen Gesundheitswesens würde geschwächt, und damit die Qualität gefährdet. Die kantonale Mehrfachrolle würde weiter kompliziert, indem den Kantonen noch mehr Kompetenzen im Sinne der planwirtschaftlichen Kontingentierungswirtschaft verleiht würden. Einzig die Anerkennung von koordinierten Netzwerken als Leistungserbringer verdient Unterstützung. ***Aus diesen Gründen weist Hirslanden Klinik Birshof die Vorlage als Ganzes zurück.*** Hirslanden Klinik Birshof schlägt anstelle dieses missglückten und politisch wohl chancenlosen Pakets vor, mehr Raum zu schaffen für Qualitätswettbewerb und für nachweisliche kostensenkende Kooperationen. Dazu notwendig ist die Umsetzung der Empfehlung (Massnahme M36) der bundesrätlichen Expertenkommission Diener, die Governanceproblematik der Kantone endlich zu entschärfen, die jährlich zu rund 2.5 Milliarden Franken an kantonalen Subventionen führt, welche in der Spitalfinanzierung nicht erscheinen (Studie Felder V). Eine aktuelle Studie von PwC («Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz») zeigt zudem Alternativen auf, wie zeitgemässe Strukturen der Kooperation unter den Leistungserbringern zu echten jährlichen Kosteneinsparungen in der Höhe von bis zu 730 Millionen Franken und zu Investitionseinsparungen von bis zur 3.1 Milliarden Franken führen. Gerne verweisen wir an dieser Stelle auch auf die Stellungnahmen der Verbände H+, PKS und economiesuisse, welche wir als deren Mitglied mittragen. Auf eine detaillierte Stellungnahme nach Artikeln wird an dieser Stelle verzichtet. Hirslanden Klinik Birshof verweist hierbei auf die Ausführungen von H+.

1. Zielvorgabe

Hirslanden Klinik Birshof lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene Einführung von Zielvorgaben als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative aus folgenden Gründen dezidiert ab:

- Kostenziele entsprechen in ihrer Ausgestaltung und ihrer Wirkung klassischen **Globalbudgets**. Die **medizinische Versorgung wird dadurch rationiert**, und der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für ausschliesslich obligatorisch Versicherte wird beschränkt. Es ist fraglich, wie sich diese resultierende medizinische Rationierung zu den verfassungsmässigen Grundsätzen verhält. Art. 41 Abs. 1 lit. b (Sozialziele): Bund und Kantone sollen sich gemeinsam dafür einsetzen, dass «…jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.»
- Die Umsetzung der Vorlage hätte einen **kompletten Systemwechsel** zur Folge. Die Schweiz würde sich von einem System des regulierten Wettbewerbs verabschieden und zu einem zentral und planwirtschaftlich gesteuerten Gesundheitswesen übergehen. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung auf unnötige Weise, dies wohlbemerkt ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben.
- Die Einführung von Kostenzielen ist **nicht geeignet, die vom Bundesrat gesetzten Ziele zu erreichen**. Die medizinisch begründeten Zielsetzungen sind zwar zu begrüssen, doch Kostenziele sind in keiner Weise geeignet, die Erreichung dieser Ziele zu fördern.
- Es wird eine Vorlage in Vernehmlassung gebracht, über deren **volkswirtschaftlichen Auswirkungen noch keinerlei Klarheit** besteht. So soll das bundesrätliche Paket die Prämien entlasten und zu Kosteneinsparungen von rund 1 Milliarden Franken führen, die sich ausschliesslich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) beziehen. Der Bundesrat scheint sich aber selber nicht sicher zu sein über die Wirkung seiner Vorschläge: Er geht einzig davon aus, dass längerfristig Einsparungen in dieser Grössenordnung «möglich sind.» Die entsprechende Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) für die Zielvorgabe ist noch nicht abgeschlossen, wie im erläuternden Bericht auf S. 85 festgestellt wird.
- Die Vorlage ist nur mangelhaft mit anderen gesetzlichen Bestimmungen und laufenden gesetzgeberischen Verfahren koordiniert. Das trifft insbesondere zu auf
    - die KVG-Revision vom 21. Juni 2020 über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie
    - auf den fälschlicherweise dem Massnahmenpaket 1b zugeordneten Artikel 47c n KVG über die Kostensteuerung durch Tarifpartner.
- **Globalbudgets verfehlen die beabsichtigte Wirkung**, wie dies auch die vom BAG in Auftrag gegebene Studie «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» zeigt: Kantone mit Globalbudget und solche ohne haben in den Jahren 2012 bis 2015 genau die gleiche jährliche Wachstumsrate der OKP-Ausgaben pro Kopf

	vorzuweisen. Der Bundesrat musste deshalb gestützt auf diese Studie in seinem Bericht «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen» feststellen: «In Bezug auf die OKP-Gesamtkosten wurden die Kostendämpfungsziele in beiden Kantonsgruppen nicht erreicht». So erweisen sich Globalbudgets nicht so sehr als Instrumente der Kostenkontrolle, sondern vielmehr **als politisches Steuerungsinstrument.** • **Die Einführung von Kostenzielen schwächt die Tarifautonomie und schränkt diese ein.** Damit würde ein fundamentales Element des KVG gewissermassen auf den Kopf gestellt werden. • Die Festlegung und Überprüfung von Kostenzielen ist mit einem **immensen bürokratischen Aufwand** verbunden, und es sind endlose wissenschaftliche und pseudowissenschaftliche sowie rechtliche Streitigkeiten über Auswahl, Berechnung und Gewichtung der den Kostenzielen zugrunde liegenden Kriterien zu erwarten. Für den einzelnen Leistungserbringer schafft dies Rechtsunsicherheit. Der Ungleichbehandlung von Spitälern durch die kantonale Verwaltung würde bei spitalindividuellen Kostenzielen Vorschub geleistet. • Im Ergebnis erweisen sich Kostenziele als **inkompatibel mit dem Anspruch auf versicherte Leistungen** und sind deshalb verfassungs-rechts- und systemwidrig.
	2. Erstberatungsstellen Der Bundesrat beabsichtigt mit der Schaffung einer für all Versicherten verbindlichen ersten Anlaufstelle im Gesundheitswesen (Erstberatungsstelle), die Qualität der Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden. **Hirslanden Klinik Birshof lehnt die Einführung von Erstberatungsstellen und damit eine planwirtschaftliche Steuerung aus folgenden Gründen entschieden ab:** • Mit der Einführung einer Erstberatungsstelle **umgeht der Bundesrat den Volkswillen**. Das Schweizer Stimmvolk hat 2012 die Managed Care Vorlage und damit das Gatekeeping mit 76,0% Nein-Stimmen wuchtig verworfen. • Die Einführung einer Erstberatungsstelle **verletzt die freie Wahl der Versicherungsmodelle** und würde den **Wettbewerb unter den Versicherungsmodellen ausschalten**. Der Zwang zur Erstberatungsstelle entmündigt somit die Patientinnen und Patienten und schafft einen weiteren Hebel zur **Unterbindung des Qualitätswettbewerbs** zwischen den medizinischen Leistungserbringern. • Es besteht überdies **keine Notwendigkeit** für die Einführung einer Erstberatungsstelle. Erstens verfügen bereits heute fast drei Viertel der Versicherten (2019: 73,4%) über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Dies zeigt, dass hier der der **Wettbewerb spielt**. Zweitens gibt es keinen Anlass, die Arztkonsultation zu steuern oder einzuschränken, liegt doch die Schweiz im internationalen OECD-Vergleich bei der jährlichen Anzahl der Arztkonsultation deutlich unter dem Durchschnitt. Im europäischen Vergleich belegt die Schweiz sogar den drittletzten Platz *(Quelle: OECD Health Statistics 2019)*. • Es sind **weder Kosteneinsparungen noch Verbesserungen bei der medizinischen Versorgungsqualität** zu erwarten, im Gegenteil:

	Durch diese neue Hürde würden in der Behandlungskette Ineffizienzen und Leerläufe entstehen. • Ebenfalls kostentreibend würde sich der **unverhältnismässig hohe administrative und bürokratische Aufwand**, insbesondere für die Kantone, bei der Kontrolle und Koordination der Erstberatungsstellen auswirken. Das Konzept der Erstberatungsstelle trägt in sich den Keim für eine **Regulierungsspirale**. Das Ergebnis werden keine Kosteneinsparungen, sondern **zusätzliche Kosten** sein. • Die Abgeltung der Erstberatungsstellen mittels Pauschalen macht keinen Sinn, da die Inanspruchnahme sehr heterogen ist und falsche Anreize gesetzt würden, was wiederum Kostensteigerungen zur Folge hätte. • Die versprochenen **Kosteneinsparungen können nicht belegt werden**. Es fehlt eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA), was bei einer solch einschneidenden Massnahme nicht hinzunehmen ist.
	3. Förderung Koordinierte Versorgung **Hirslanden Klinik Birshof unterstützt grundsätzlich die Anerkennung von koordinierten Netzwerken als Leistungserbringer**. Der Gesetzgeber sollte diese koordinierten Netzwerke jedoch nicht auf den ambulanten Bereich beschränken, sondern generell anerkennen. Der Gesetzesvorschlag zur Schaffung von «Netzwerken zur koordinierten Versorgung» geht jedoch zu weit. Es ist nicht Aufgabe des Staates, neue Unternehmensmodelle zu entwickeln und durchzusetzen. Der vorliegende Versuch, Führung, Führungsinstrumente, personelle Zusammensetzung, Funktionsweise und Leistungsinhalte dieser neuen Einrichtung auf Gesetzesstufe zu regeln steht im Widerspruch zur liberalen Wirtschaftsordnung der Schweiz und zu den Prinzipien des regulierten Wettbewerbs des KVG. Begrüsst wird hingegen die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, gemäss welcher **Leistungen im Rahmen von Patientensteuerungs-programmen** vergütet werden können. Dazu gehören Leistungen in der Koordination und Beratung sowie Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen durch nicht-ärztliche nach KVG zugelassene Leistungserbringer (u.a. Advanced Practice Nurses).
	4. Faire Referenztarife für eine schweizweite Spitalwahl Die in Art. 41 Abs. 1 vorgeschlagene Regelung wird nicht zur stipulierten Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern führen. Sie ist unklar und führt neue unbestimmte und der kantonalen Willkür obliegende Vergleiche ein. Die vorgeschlagene Regelung wird die stossende Praxis verstärken, dass Patienten, die sich ausserkantonal behandeln lassen möchten, die Differenz zum günstigsten Spital ihres Wohnkantons als Selbstzahler aus der eigenen Tasche kompensieren müssen. Die einzige Regulierung, die den vom Gesetzgeber erwünschten Qualitätswettbewerb tatsächlich fördern würde, wäre die volle Übernahme desjenigen Tarifs des betreffenden Spitals, der im Standortkanton gilt. Bereits dieser Tarif ist das Ergebnis von harten Verhandlungen, die von der jeweiligen kantonalen Behörde genehmigt worden sind.

	5. Rechtsgrundlage für die differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien **Die in Art. 32 Abs. 3 vorgeschlagene Änderung eröffnet ein ganz neues Feld der Bundeskompetenzen und wird durch Hirslanden Klinik Birshof abgelehnt**: Neu wird der Bund direkt in einem durch den Bundesrat selbst und ohne weitere demokratische Kontrolle definierten Perimeter und einer willkürlich festgelegten Häufigkeit die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit sämtlicher KVG-Leistungen prüfen können. Die Verfassungsmässigkeit eines solch weitreichenden Prinzips ist fraglich. In Verbindung mit Art. 24 Abs. 1 («Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.» ergibt sich, dass die OKP künftig Leistungen nicht mehr vergüten wird, die nicht der Bundes-WZW-Definition entsprechen. Die WZW-Kriterien sind seit 1996 festgelegt, es wäre entsprechend sinnvoller, diese in allen Leistungsbereichen anzuwenden, statt hier eine diffuse Änderung vorzunehmen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

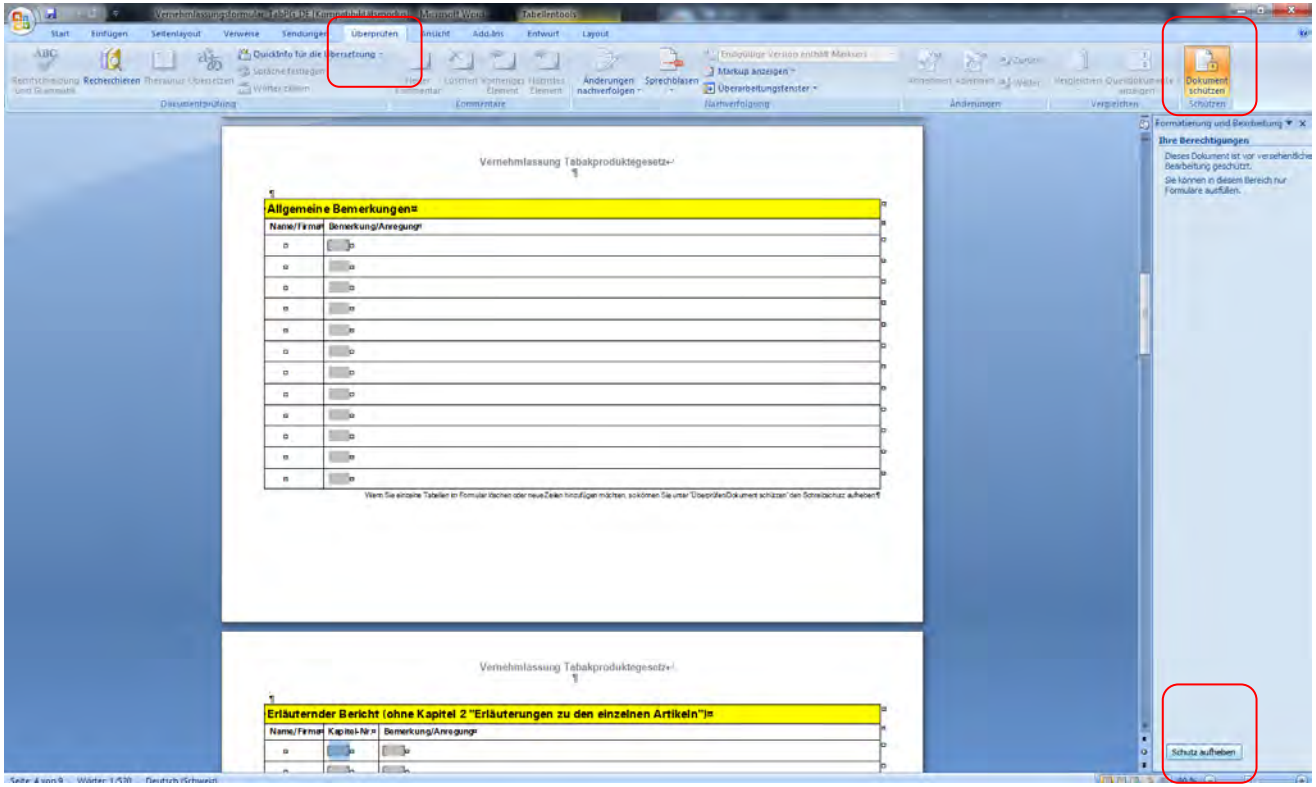
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

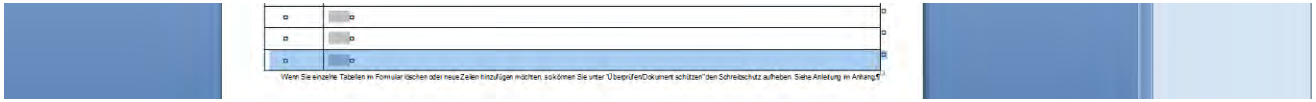
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



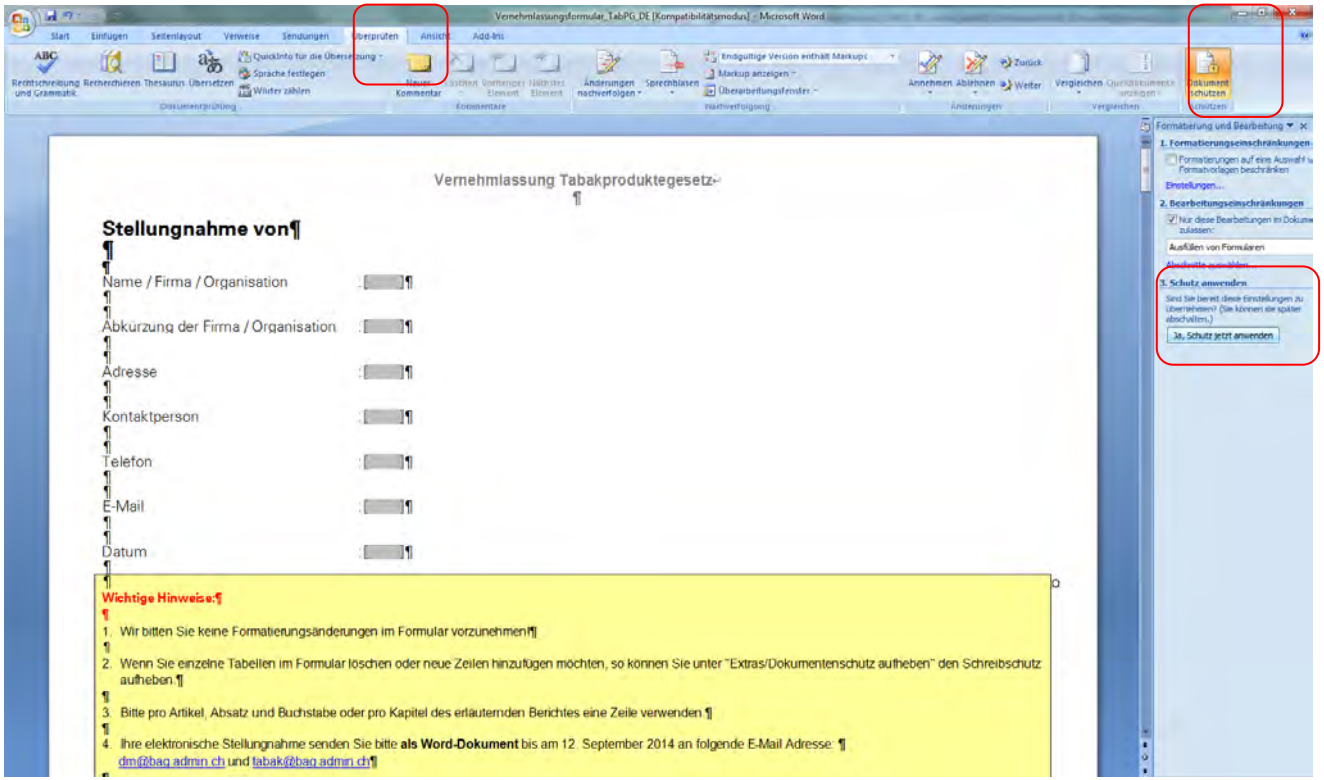
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hirslanden AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Boulevard Lilienthal 2, 8152 Glattpark

Kontaktperson : Monika Güntensperger, Co-Leiterin Public Affairs

Telefon : 044 388 75 49

E-Mail : monika.guentensperger@hirslanden.ch

Datum : 08. Dezember 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 11

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Im Namen der Hirslanden AG danken wir Ihnen für die Gelegenheit, zum Vorentwurf der Massnahmen zur Kostensenkung (Paket 2) und damit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative der CVP «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» Stellung nehmen zu können. **Vorbemerkung** Wie der Bundesrat im Erläuternden Bericht zum vorliegenden indirekten Gegenvorschlag feststellt, nimmt die Kostenbremse-Initiative ein wichtiges Anliegen der Schweizer Bevölkerung auf. Die Finanzierung der Krankenkassenprämien stellt für Teile der Bevölkerung eine spürbare finanzielle Belastung dar. Hirslanden anerkennt diese Problematik, ist aber wie der Bundesrat der Auffassung, dass der Vorschlag der CVP, die Gesundheitskosten alleine an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und an den Lohnindex zu koppeln, zu kurz greift. Die vom Bundesrat vorgelegten Massnahmen verfehlen jedoch die in der Vorlage genannten Ziele zur Kostendämpfung – im Gegenteil, sie führten zu deutlichen Kostenzunahmen – und hätten einschneidende Folgen für die medizinische Versorgung. Die Innovationskraft des schweizerischen Gesundheitswesens würde geschwächt, und damit die Qualität gefährdet. Die kantonale Mehrfachrolle würde weiter kompliziert, indem den Kantonen noch mehr Kompetenzen im Sinne der planwirtschaftlichen Kontingentierungswirtschaft verleiht würden. Einzig die Anerkennung von koordinierten Netzwerken als Leistungserbringer verdient Unterstützung. ***Aus diesen Gründen weist Hirslanden die Vorlage als Ganzes zurück***. Hirslanden schlägt anstelle dieses missglückten und politisch wohl chancenlosen Pakets vor, mehr Raum zu schaffen für Qualitätswettbewerb und für nachweisliche kostensenkende Kooperationen. Dazu notwendig ist die Umsetzung der Empfehlung (Massnahme M36) der bundesrätlichen Expertenkommission Diener, die Governanceproblematik der Kantone endlich zu entschärfen, die jährlich zu rund 2.5 Milliarden Franken an kantonalen Subventionen führt, welche in der Spitalfinanzierung nicht erscheinen (Studie Felder V). Eine aktuelle Studie von PwC («Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz») zeigt zudem Alternativen auf, wie zeitgemässe Strukturen der Kooperation unter den Leistungserbringern zu echten jährlichen Kosteneinsparungen in der Höhe von bis zu 730 Millionen Franken und zu Investitionseinsparungen von bis zur 3.1 Milliarden Franken führen. Gerne verweisen wir an dieser Stelle auch auf die Stellungnahmen der Verbände H+, PKS und economiesuisse, welche wir als deren Mitglied mittragen. Auf eine detaillierte Stellungnahme nach Artikeln wird an dieser Stelle verzichtet. Hirslanden verweist hierbei auf die Ausführungen von H+.

1. Zielvorgabe

Hirslanden lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene Einführung von Zielvorgaben als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative aus folgenden Gründen dezidiert ab:

- Kostenziele entsprechen in ihrer Ausgestaltung und ihrer Wirkung klassischen **Globalbudgets**. Die **medizinische Versorgung wird dadurch rationiert**, und der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für ausschliesslich obligatorisch Versicherte wird beschränkt. Es ist fraglich, wie sich diese resultierende medizinische Rationierung zu den verfassungsmässigen Grundsätzen verhält. Art. 41 Abs. 1 lit. b (Sozialziele): Bund und Kantone sollen sich gemeinsam dafür einsetzen, dass «…jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.»
- Die Umsetzung der Vorlage hätte einen **kompletten Systemwechsel** zur Folge. Die Schweiz würde sich von einem System des regulierten Wettbewerbs verabschieden und zu einem zentral und planwirtschaftlich gesteuerten Gesundheitswesen übergehen. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung auf unnötige Weise, dies wohlbemerkt ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben.
- Die Einführung von Kostenzielen ist **nicht geeignet, die vom Bundesrat gesetzten Ziele zu erreichen**. Die medizinisch begründeten Zielsetzungen sind zwar zu begrüssen, doch Kostenziele sind in keiner Weise geeignet, die Erreichung dieser Ziele zu fördern.
- Es wird eine Vorlage in Vernehmlassung gebracht, über deren **volkswirtschaftlichen Auswirkungen noch keinerlei Klarheit** besteht. So soll das bundesrätliche Paket die Prämien entlasten und zu Kosteneinsparungen von rund 1 Milliarden Franken führen, die sich ausschliesslich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) beziehen. Der Bundesrat scheint sich aber selber nicht sicher zu sein über die Wirkung seiner Vorschläge: Er geht einzig davon aus, dass längerfristig Einsparungen in dieser Grössenordnung «möglich sind.» Die entsprechende Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) für die Zielvorgabe ist noch nicht abgeschlossen, wie im erläuternden Bericht auf S. 85 festgestellt wird.
- Die Vorlage ist nur mangelhaft mit anderen gesetzlichen Bestimmungen und laufenden gesetzgeberischen Verfahren koordiniert. Das trifft insbesondere zu auf
    - die KVG-Revision vom 21. Juni 2020 über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie
    - auf den fälschlicherweise dem Massnahmenpaket 1b zugeordneten Artikel 47c n KVG über die Kostensteuerung durch Tarifpartner.
- **Globalbudgets verfehlen die beabsichtigte Wirkung**, wie dies auch die vom BAG in Auftrag gegebene Studie «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» zeigt: Kantone mit Globalbudget und solche ohne haben in den Jahren 2012 bis 2015 genau die gleiche jährliche Wachstumsrate der OKP-Ausgaben pro Kopf

	vorzuweisen. Der Bundesrat musste deshalb gestützt auf diese Studie in seinem Bericht «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen» feststellen: «In Bezug auf die OKP-Gesamtkosten wurden die Kostendämpfungsziele in beiden Kantonsgruppen nicht erreicht». So erweisen sich Globalbudgets nicht so sehr als Instrumente der Kostenkontrolle, sondern vielmehr **als politisches Steuerungsinstrument.** • **Die Einführung von Kostenzielen schwächt die Tarifautonomie und schränkt diese ein.** Damit würde ein fundamentales Element des KVG gewissermassen auf den Kopf gestellt werden. • Die Festlegung und Überprüfung von Kostenzielen ist mit einem **immensen bürokratischen Aufwand** verbunden, und es sind endlose wissenschaftliche und pseudowissenschaftliche sowie rechtliche Streitigkeiten über Auswahl, Berechnung und Gewichtung der den Kostenzielen zugrunde liegenden Kriterien zu erwarten. Für den einzelnen Leistungserbringer schafft dies Rechtsunsicherheit. Der Ungleichbehandlung von Spitälern durch die kantonale Verwaltung würde bei spitalindividuellen Kostenzielen Vorschub geleistet. • Im Ergebnis erweisen sich Kostenziele als **inkompatibel mit dem Anspruch auf versicherte Leistungen** und sind deshalb verfassungs-rechts- und systemwidrig.
	2. Erstberatungsstellen Der Bundesrat beabsichtigt mit der Schaffung einer für all Versicherten verbindlichen ersten Anlaufstelle im Gesundheitswesen (Erstberatungsstelle), die Qualität der Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden. **Hirslanden lehnt die Einführung von Erstberatungsstellen und damit eine planwirtschaftliche Steuerung aus folgenden Gründen entschieden ab:** • Mit der Einführung einer Erstberatungsstelle **umgeht der Bundesrat den Volkswillen**. Das Schweizer Stimmvolk hat 2012 die Managed Care Vorlage und damit das Gatekeeping mit 76,0% Nein-Stimmen wuchtig verworfen. • Die Einführung einer Erstberatungsstelle **verletzt die freie Wahl der Versicherungsmodelle** und würde den **Wettbewerb unter den Versicherungsmodellen ausschalten**. Der Zwang zur Erstberatungsstelle entmündigt somit die Patientinnen und Patienten und schafft einen weiteren Hebel zur **Unterbindung des Qualitätswettbewerbs** zwischen den medizinischen Leistungserbringern. • Es besteht überdies **keine Notwendigkeit** für die Einführung einer Erstberatungsstelle. Erstens verfügen bereits heute fast drei Viertel der Versicherten (2019: 73,4%) über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Dies zeigt, dass hier der der **Wettbewerb spielt**. Zweitens gibt es keinen Anlass, die Arztkonsultation zu steuern oder einzuschränken, liegt doch die Schweiz im internationalen OECD-Vergleich bei der jährlichen Anzahl der Arztkonsultation deutlich unter dem Durchschnitt. Im europäischen Vergleich belegt die Schweiz sogar den drittletzten Platz *(Quelle: OECD Health Statistics 2019)*. • Es sind **weder Kosteneinsparungen noch Verbesserungen bei der medizinischen Versorgungsqualität** zu erwarten, im Gegenteil:

	Durch diese neue Hürde würden in der Behandlungskette Ineffizienzen und Leerläufe entstehen. • Ebenfalls kostentreibend würde sich der **unverhältnismässig hohe administrative und bürokratische Aufwand**, insbesondere für die Kantone, bei der Kontrolle und Koordination der Erstberatungsstellen auswirken. Das Konzept der Erstberatungsstelle trägt in sich den Keim für eine **Regulierungsspirale**. Das Ergebnis werden keine Kosteneinsparungen, sondern **zusätzliche Kosten** sein. • Die Abgeltung der Erstberatungsstellen mittels Pauschalen macht keinen Sinn, da die Inanspruchnahme sehr heterogen ist und falsche Anreize gesetzt würden, was wiederum Kostensteigerungen zur Folge hätte. • Die versprochenen **Kosteneinsparungen können nicht belegt werden**. Es fehlt eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA), was bei einer solch einschneidenden Massnahme nicht hinzunehmen ist.
	3. Förderung Koordinierte Versorgung **Hirslanden unterstützt grundsätzlich die Anerkennung von koordinierten Netzwerken als Leistungserbringer**. Der Gesetzgeber sollte diese koordinierten Netzwerke jedoch nicht auf den ambulanten Bereich beschränken, sondern generell anerkennen. Der Gesetzesvorschlag zur Schaffung von «Netzwerken zur koordinierten Versorgung» geht jedoch zu weit. Es ist nicht Aufgabe des Staates, neue Unternehmensmodelle zu entwickeln und durchzusetzen. Der vorliegende Versuch, Führung, Führungsinstrumente, personelle Zusammensetzung, Funktionsweise und Leistungsinhalte dieser neuen Einrichtung auf Gesetzesstufe zu regeln steht im Widerspruch zur liberalen Wirtschaftsordnung der Schweiz und zu den Prinzipien des regulierten Wettbewerbs des KVG. Begrüsst wird hingegen die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, gemäss welcher **Leistungen im Rahmen von Patientensteuerungs-programmen** vergütet werden können. Dazu gehören Leistungen in der Koordination und Beratung sowie Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen durch nicht-ärztliche nach KVG zugelassene Leistungserbringer (u.a. Advanced Practice Nurses).
	4. Faire Referenztarife für eine schweizweite Spitalwahl Die in Art. 41 Abs. 1 vorgeschlagene Regelung wird nicht zur stipulierten Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern führen. Sie ist unklar und führt neue unbestimmte und der kantonalen Willkür obliegende Vergleiche ein. Die vorgeschlagene Regelung wird die stossende Praxis verstärken, dass Patienten, die sich ausserkantonal behandeln lassen möchten, die Differenz zum günstigsten Spital ihres Wohnkantons als Selbstzahler aus der eigenen Tasche kompensieren müssen. Die einzige Regulierung, die den vom Gesetzgeber erwünschten Qualitätswettbewerb tatsächlich fördern würde, wäre die volle Übernahme desjenigen Tarifs des betreffenden Spitals, der im Standortkanton gilt. Bereits dieser Tarif ist das Ergebnis von harten Verhandlungen, die von der jeweiligen kantonalen Behörde genehmigt worden sind.

	5. Rechtsgrundlage für die differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien **Die in Art. 32 Abs. 3 vorgeschlagene Änderung eröffnet ein ganz neues Feld der Bundeskompetenzen und wird durch Hirslanden abgelehnt**: Neu wird der Bund direkt in einem durch den Bundesrat selbst und ohne weitere demokratische Kontrolle definierten Perimeter und einer willkürlich festgelegten Häufigkeit die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit sämtlicher KVG-Leistungen prüfen können. Die Verfassungsmässigkeit eines solch weitreichenden Prinzips ist fraglich. In Verbindung mit Art. 24 Abs. 1 («Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.» ergibt sich, dass die OKP künftig Leistungen nicht mehr vergüten wird, die nicht der Bundes-WZW-Definition entsprechen. Die WZW-Kriterien sind seit 1996 festgelegt, es wäre entsprechend sinnvoller, diese in allen Leistungsbereichen anzuwenden, statt hier eine diffuse Änderung vorzunehmen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**

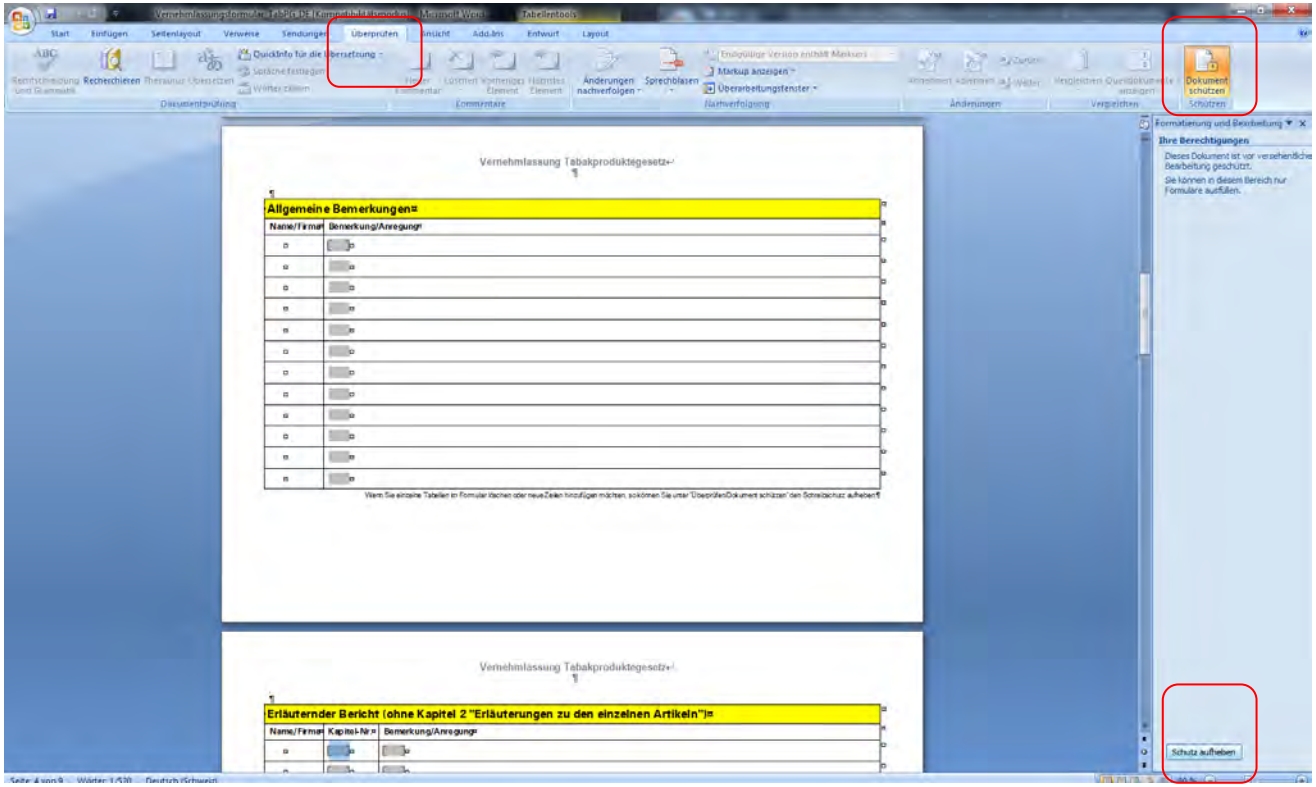
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

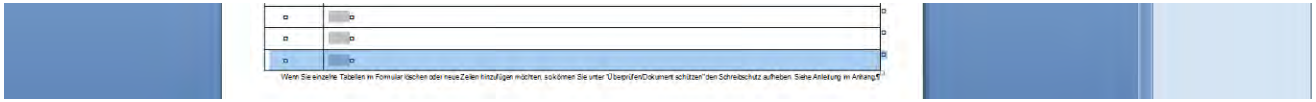
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



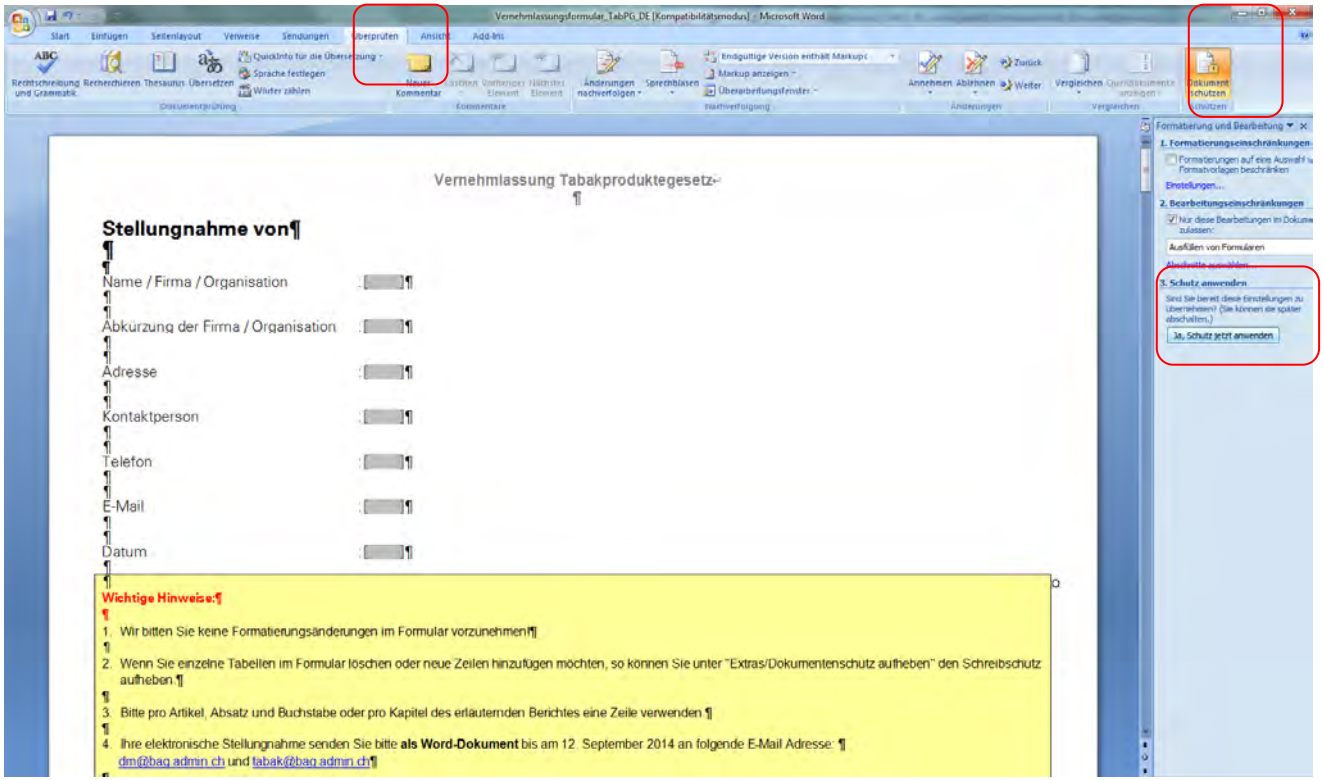
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hirslanden Klinik St. Anna

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

Kontaktperson : Martin Nufer, Direktor

Telefon : +41 41 208 30 03

E-Mail : martin.nufer@hirslanden.ch

Datum : 9. Dezember 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 11

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Im Namen der Hirslanden Klinik St. Anna danken wir Ihnen für die Gelegenheit, zum Vorentwurf der Massnahmen zur Kostensenkung (Paket 2) und damit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative der CVP «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» Stellung nehmen zu können. **Vorbemerkung** Wie der Bundesrat im Erläuternden Bericht zum vorliegenden indirekten Gegenvorschlag feststellt, nimmt die Kostenbremse-Initiative ein wichtiges Anliegen der Schweizer Bevölkerung auf. Die Finanzierung der Krankenkassenprämien stellt für Teile der Bevölkerung eine spürbare finanzielle Belastung dar. Die Hirslanden Klinik St. Anna anerkennt diese Problematik, ist aber wie der Bundesrat der Auffassung, dass der Vorschlag der CVP, die Gesundheitskosten alleine an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und an den Lohnindex zu koppeln, zu kurz greift. Die vom Bundesrat vorgelegten Massnahmen verfehlen jedoch die in der Vorlage genannten Ziele zur Kostendämpfung – im Gegenteil, sie führten zu deutlichen Kostenzunahmen – und hätten einschneidende Folgen für die medizinische Versorgung. Die Innovationskraft des schweizerischen Gesundheitswesens würde geschwächt, und damit die Qualität gefährdet. Die kantonale Mehrfachrolle würde weiter kompliziert, indem den Kantonen noch mehr Kompetenzen im Sinne der planwirtschaftlichen Kontingentierungswirtschaft verleiht würden. Einzig die Anerkennung von koordinierten Netzwerken als Leistungserbringer verdient Unterstützung. ***Aus diesen Gründen weist die Hirslanden Klinik St. Anna die Vorlage als Ganzes zurück***. Die Hirslanden Klinik St. Anna schlägt anstelle dieses missglückten und politisch wohl chancenlosen Pakets vor, mehr Raum zu schaffen für Qualitätswettbewerb und für nachweisliche kostensenkende Kooperationen. Dazu notwendig ist die Umsetzung der Empfehlung (Massnahme M36) der bundesrätlichen Expertenkommission Diener, die Governanceproblematik der Kantone endlich zu entschärfen, die jährlich zu rund 2.5 Milliarden Franken an kantonalen Subventionen führt, welche in der Spitalfinanzierung nicht erscheinen (Studie Felder V). Eine aktuelle Studie von PwC («Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz») zeigt zudem Alternativen auf, wie zeitgemässe Strukturen der Kooperation unter den Leistungserbringern zu echten jährlichen Kosteneinsparungen in der Höhe von bis zu 730 Millionen Franken und zu Investitionseinsparungen von bis zur 3.1 Milliarden Franken führen. Gerne verweisen wir an dieser Stelle auch auf die Stellungnahmen der Verbände H+, PKS und economiesuisse, welche wir als deren Mitglied mittragen. Auf eine detaillierte Stellungnahme nach Artikeln wird an dieser Stelle verzichtet. Die Hirslanden Klinik St. Anna verweist hierbei auf die Ausführungen von H+.

1. Zielvorgabe

Die Hirslanden Klinik St. Anna lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene Einführung von Zielvorgaben als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative aus folgenden Gründen dezidiert ab:

- Kostenziele entsprechen in ihrer Ausgestaltung und ihrer Wirkung klassischen **Globalbudgets**. Die **medizinische Versorgung wird dadurch rationiert**, und der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für ausschliesslich obligatorisch Versicherte wird beschränkt. Es ist fraglich, wie sich diese resultierende medizinische Rationierung zu den verfassungsmässigen Grundsätzen verhält. Art. 41 Abs. 1 lit. b (Sozialziele): Bund und Kantone sollen sich gemeinsam dafür einsetzen, dass «…jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.»
- Die Umsetzung der Vorlage hätte einen **kompletten Systemwechsel** zur Folge. Die Schweiz würde sich von einem System des regulierten Wettbewerbs verabschieden und zu einem zentral und planwirtschaftlich gesteuerten Gesundheitswesen übergehen. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung auf unnötige Weise, dies wohlbemerkt ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben.
- Die Einführung von Kostenzielen ist **nicht geeignet, die vom Bundesrat gesetzten Ziele zu erreichen**. Die medizinisch begründeten Zielsetzungen sind zwar zu begrüssen, doch Kostenziele sind in keiner Weise geeignet, die Erreichung dieser Ziele zu fördern.
- Es wird eine Vorlage in Vernehmlassung gebracht, über deren **volkswirtschaftlichen Auswirkungen noch keinerlei Klarheit** besteht. So soll das bundesrätliche Paket die Prämien entlasten und zu Kosteneinsparungen von rund 1 Milliarden Franken führen, die sich ausschliesslich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) beziehen. Der Bundesrat scheint sich aber selber nicht sicher zu sein über die Wirkung seiner Vorschläge: Er geht einzig davon aus, dass längerfristig Einsparungen in dieser Grössenordnung «möglich sind.» Die entsprechende Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) für die Zielvorgabe ist noch nicht abgeschlossen, wie im erläuternden Bericht auf S. 85 festgestellt wird.
- Die Vorlage ist nur mangelhaft mit anderen gesetzlichen Bestimmungen und laufenden gesetzgeberischen Verfahren koordiniert. Das trifft insbesondere zu auf
    - die KVG-Revision vom 21. Juni 2020 über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie
    - auf den fälschlicherweise dem Massnahmenpaket 1b zugeordneten Artikel 47c n KVG über die Kostensteuerung durch Tarifpartner.
- **Globalbudgets verfehlen die beabsichtigte Wirkung**, wie dies auch die vom BAG in Auftrag gegebene Studie «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» zeigt: Kantone mit Globalbudget und solche ohne haben in den Jahren 2012 bis 2015 genau die gleiche jährliche Wachstumsrate der OKP-Ausgaben pro Kopf

	vorzuweisen. Der Bundesrat musste deshalb gestützt auf diese Studie in seinem Bericht «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen» feststellen: «In Bezug auf die OKP-Gesamtkosten wurden die Kostendämpfungsziele in beiden Kantonsgruppen nicht erreicht». So erweisen sich Globalbudgets nicht so sehr als Instrumente der Kostenkontrolle, sondern vielmehr **als politisches Steuerungsinstrument.** • **Die Einführung von Kostenzielen schwächt die Tarifautonomie und schränkt diese ein.** Damit würde ein fundamentales Element des KVG gewissermassen auf den Kopf gestellt werden. • Die Festlegung und Überprüfung von Kostenzielen ist mit einem **immensen bürokratischen Aufwand** verbunden, und es sind endlose wissenschaftliche und pseudowissenschaftliche sowie rechtliche Streitigkeiten über Auswahl, Berechnung und Gewichtung der den Kostenzielen zugrunde liegenden Kriterien zu erwarten. Für den einzelnen Leistungserbringer schafft dies Rechtsunsicherheit. Der Ungleichbehandlung von Spitälern durch die kantonale Verwaltung würde bei spitalindividuellen Kostenzielen Vorschub geleistet. • Im Ergebnis erweisen sich Kostenziele als **inkompatibel mit dem Anspruch auf versicherte Leistungen** und sind deshalb verfassungs-rechts- und systemwidrig.
	2. Erstberatungsstellen Der Bundesrat beabsichtigt mit der Schaffung einer für all Versicherten verbindlichen ersten Anlaufstelle im Gesundheitswesen (Erstberatungsstelle), die Qualität der Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden. **Die Hirslanden Klinik St. Anna lehnt die Einführung von Erstberatungsstellen und damit eine planwirtschaftliche Steuerung aus folgenden Gründen entschieden ab:** • Mit der Einführung einer Erstberatungsstelle **umgeht der Bundesrat den Volkswillen**. Das Schweizer Stimmvolk hat 2012 die Managed Care Vorlage und damit das Gatekeeping mit 76,0% Nein-Stimmen wuchtig verworfen. • Die Einführung einer Erstberatungsstelle **verletzt die freie Wahl der Versicherungsmodelle** und würde den **Wettbewerb unter den Versicherungsmodellen ausschalten**. Der Zwang zur Erstberatungsstelle entmündigt somit die Patientinnen und Patienten und schafft einen weiteren Hebel zur **Unterbindung des Qualitätswettbewerbs** zwischen den medizinischen Leistungserbringern. • Es besteht überdies **keine Notwendigkeit** für die Einführung einer Erstberatungsstelle. Erstens verfügen bereits heute fast drei Viertel der Versicherten (2019: 73,4%) über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Dies zeigt, dass hier der der **Wettbewerb spielt**. Zweitens gibt es keinen Anlass, die Arztkonsultation zu steuern oder einzuschränken, liegt doch die Schweiz im internationalen OECD-Vergleich bei der jährlichen Anzahl der Arztkonsultation deutlich unter dem Durchschnitt. Im europäischen Vergleich belegt die Schweiz sogar den drittletzten Platz *(Quelle: OECD Health Statistics 2019)*. • Es sind **weder Kosteneinsparungen noch Verbesserungen bei der medizinischen Versorgungsqualität** zu erwarten, im Gegenteil:

	Durch diese neue Hürde würden in der Behandlungskette Ineffizienzen und Leerläufe entstehen. • Ebenfalls kostentreibend würde sich der **unverhältnismässig hohe administrative und bürokratische Aufwand**, insbesondere für die Kantone, bei der Kontrolle und Koordination der Erstberatungsstellen auswirken. Das Konzept der Erstberatungsstelle trägt in sich den Keim für eine **Regulierungsspirale**. Das Ergebnis werden keine Kosteneinsparungen, sondern **zusätzliche Kosten** sein. • Die Abgeltung der Erstberatungsstellen mittels Pauschalen macht keinen Sinn, da die Inanspruchnahme sehr heterogen ist und falsche Anreize gesetzt würden, was wiederum Kostensteigerungen zur Folge hätte. • Die versprochenen **Kosteneinsparungen können nicht belegt werden**. Es fehlt eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA), was bei einer solch einschneidenden Massnahme nicht hinzunehmen ist.
	3. Förderung Koordinierte Versorgung **Die Hirslanden Klinik St. Anna unterstützt grundsätzlich die Anerkennung von koordinierten Netzwerken als Leistungserbringer**. Der Gesetzgeber sollte diese koordinierten Netzwerke jedoch nicht auf den ambulanten Bereich beschränken, sondern generell anerkennen. Der Gesetzesvorschlag zur Schaffung von «Netzwerken zur koordinierten Versorgung» geht jedoch zu weit. Es ist nicht Aufgabe des Staates, neue Unternehmensmodelle zu entwickeln und durchzusetzen. Der vorliegende Versuch, Führung, Führungsinstrumente, personelle Zusammensetzung, Funktionsweise und Leistungsinhalte dieser neuen Einrichtung auf Gesetzesstufe zu regeln steht im Widerspruch zur liberalen Wirtschaftsordnung der Schweiz und zu den Prinzipien des regulierten Wettbewerbs des KVG. Begrüsst wird hingegen die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, gemäss welcher **Leistungen im Rahmen von Patientensteuerungs-programmen** vergütet werden können. Dazu gehören Leistungen in der Koordination und Beratung sowie Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen durch nicht-ärztliche nach KVG zugelassene Leistungserbringer (u.a. Advanced Practice Nurses).
	4. Faire Referenztarife für eine schweizweite Spitalwahl Die in Art. 41 Abs. 1 vorgeschlagene Regelung wird nicht zur stipulierten Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern führen. Sie ist unklar und führt neue unbestimmte und der kantonalen Willkür obliegende Vergleiche ein. Die vorgeschlagene Regelung wird die stossende Praxis verstärken, dass Patienten, die sich ausserkantonal behandeln lassen möchten, die Differenz zum günstigsten Spital ihres Wohnkantons als Selbstzahler aus der eigenen Tasche kompensieren müssen. Die einzige Regulierung, die den vom Gesetzgeber erwünschten Qualitätswettbewerb tatsächlich fördern würde, wäre die volle Übernahme desjenigen Tarifs des betreffenden Spitals, der im Standortkanton gilt. Bereits dieser Tarif ist das Ergebnis von harten Verhandlungen, die von der jeweiligen kantonalen Behörde genehmigt worden sind.

	5. Rechtsgrundlage für die differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien **Die in Art. 32 Abs. 3 vorgeschlagene Änderung eröffnet ein ganz neues Feld der Bundeskompetenzen und wird durch die Hirslanden Klinik St. Anna abgelehnt**: Neu wird der Bund direkt in einem durch den Bundesrat selbst und ohne weitere demokratische Kontrolle definierten Perimeter und einer willkürlich festgelegten Häufigkeit die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit sämtlicher KVG-Leistungen prüfen können. Die Verfassungsmässigkeit eines solch weitreichenden Prinzips ist fraglich. In Verbindung mit Art. 24 Abs. 1 («Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.» ergibt sich, dass die OKP künftig Leistungen nicht mehr vergüten wird, die nicht der Bundes-WZW-Definition entsprechen. Die WZW-Kriterien sind seit 1996 festgelegt, es wäre entsprechend sinnvoller, diese in allen Leistungsbereichen anzuwenden, statt hier eine diffuse Änderung vorzunehmen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**

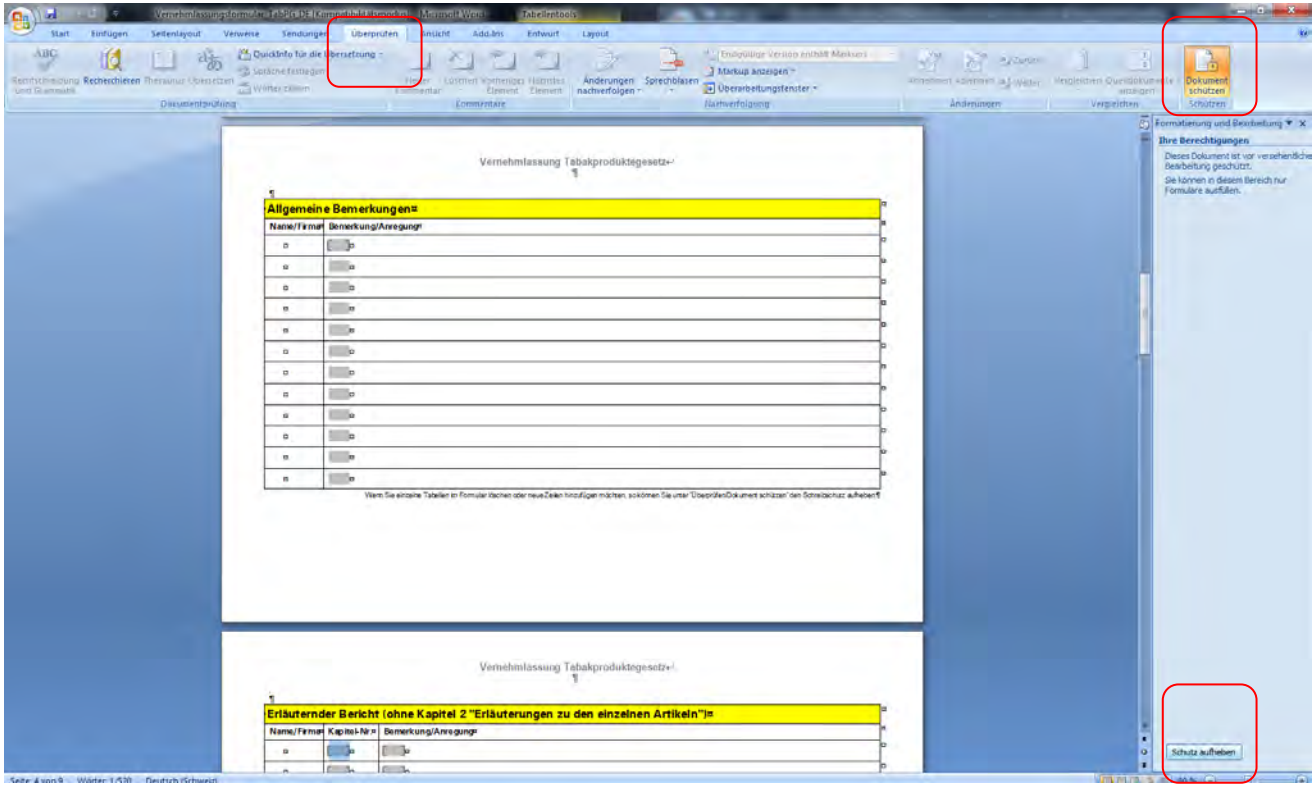
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

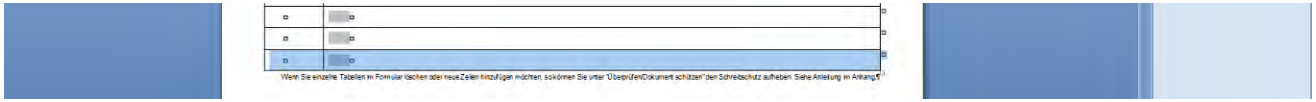
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



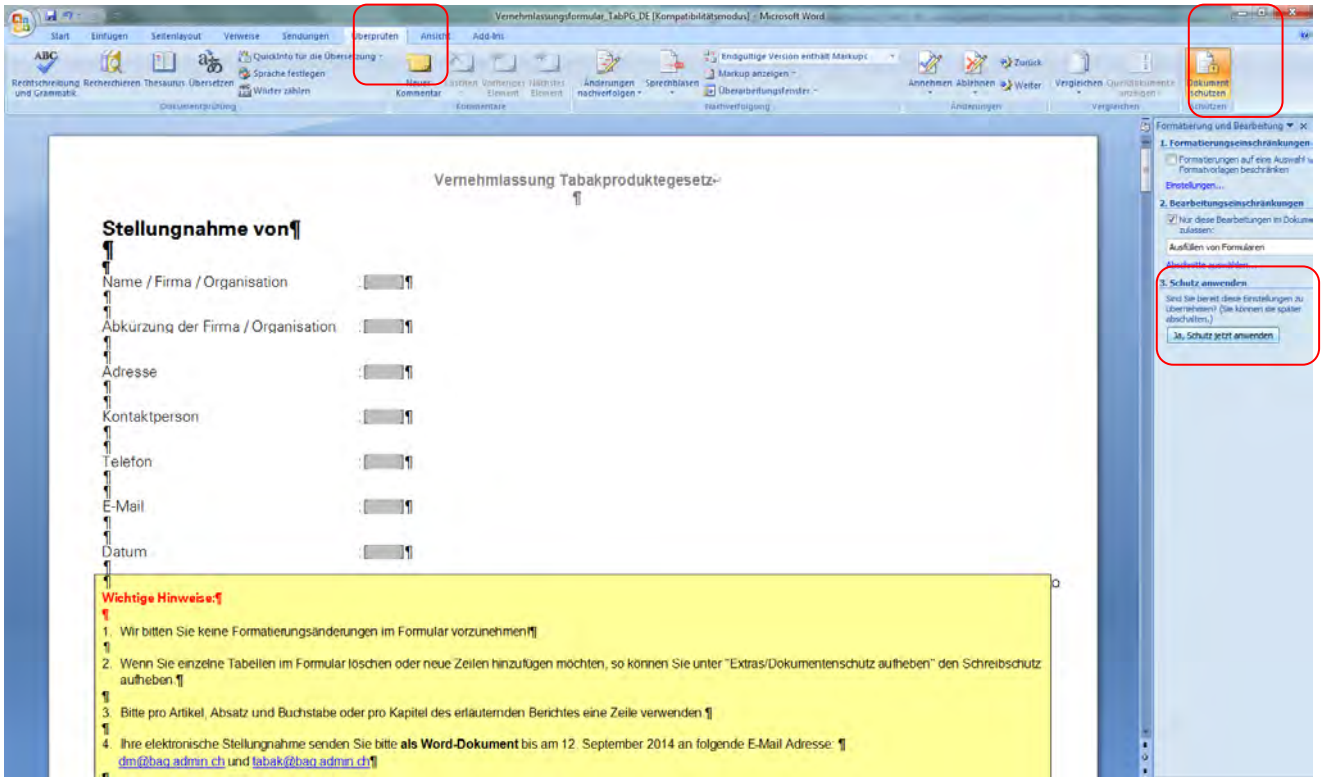
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Stellungnahme von

Service de Dermatologie et Vénéréologie
Hôpitaux Universitaires de Genève

Abkürzung der Firma / Organisation
service

Adresse
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
1211 Genève 14

Kontaktperson
Prof. Dr. Wolf-Henning Boehncke

Telefon
022 372 94 22

E-Mail
Wolf-hening.boehncke@hcuge.ch

Datum
19.10.20

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
HUG	Der Service de Dermatologie et Vénéréologie ist eine Abteilung der Maximalversorgung für Patienten mit hautkrankheiten im Kanton genf sowie benachbarten Kantonen. Er setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von gut 20 Dermatologen bzw. Dermatologen in Weiterbildung, aber auch der jährlich ca. 35.000 Patienten ein, die hier versorgt werden. Mit unserer „unité de dermato-oncologie“ gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagiert, tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on

	mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Der service lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Der service erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken

	Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde.

	- **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
service	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
service	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
service	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
service	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
service	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

service	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt der service kategorisch ab.	
service	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
service	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
service	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
service	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
service	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
service	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

service	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
service	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Der service lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
service	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
service	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
service	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
service	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : IG Schweizer Pharma KMU

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Römergasse 7, 4058 Basel

Kontaktperson : Salvatore Volante (Geschäftsführer)

Telefon : 061 / 283 83 83

E-Mail : salvatore.volante@mmconsult.ch

Datum : 19.11. 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 14

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Vorbemerkungen Wir konzentrieren unsere Stellungnahme auf folgende vier Massnahmen: • Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP (Massnahme 1) • Preismodelle und Rückerstattungen (Massnahme 5) • Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen (Massnahme 6) • Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung (Massnahme 7)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
				1. Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP (Massnahme 1) Wir sprechen uns gegen diese Massnahme aus, weil es hier de facto um die Einführung von Globalbudgets geht, auch wenn der Titel anders lautet. Ein solches System setzt falsche Anreize, weil die Konsequenzen von Budgetüberschreitungen in einer nachfolgenden Periode greifen und weil sie auch Akteure treffen, die sich korrekt / kostenbewusst verhalten. Dieses Instrument bestraft innerhalb einer Branche respektive einer Budgetgruppe de facto diejenigen Akteure, die sich kosten-bewusst verhalten und ist damit kontraproduktiv. Ferner wird durch die konkret vorgeschlagene Form der Zielvorgaben die Administration massiv erhöht, indem nationale Ziele, kantonale Ziele und Ziele pro Leistungsgruppe geschaffen werden sollen. Noch mehr Administration würde dann durch Korrekturmass-nahmen entstehen, wenn Kostenziele nicht eingehalten werden. Die Umsetzung der beschriebenen Massnahme würde im Effekt zu Rationierungen führen, die im krassen Gegensatz zu den WZW-Kriterien stehen, worunter dann auch Behandlungsqualität und Patientensicherheit leiden würden. Schlussendlich ist festzuhalten, dass die Parameter des vorgeschlagenen Modells als mehrheitlich willkürlich zu	**Ablehnung**

				qualifizieren sind und kaum Zusammenhang mit dem tatsächlichen medizinischen Bedarf haben. Erfahrungen zeigen, dass Kantone, die bereits mit Globalbudgets arbeiten (Waadt, Genf), keine nutzbringenden Effekte in Bezug auf die Kostenentwicklung ausweisen können. Im Gegenteil waren sogar kontraproduktive Effekte zu verzeichnen.	
				2. Preismodelle und Rückerstattungen (Massnahme 5) Aufgrund des konstanten, massiven Kostenanstieges bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten sind neue Preisbildungsmodelle von grosser Wichtigkeit. Sie müssen aber tatsächlich zu Einsparungen führen und sind im Einzelfall auf ihre Tauglichkeit und Systemkompatibilität hin zu überprüfen. Ferner stellt sich die Frage, ob grosse, internationale Pharmaunternehmen aufgrund ihrer internen Governance-Regeln tatsächlich autorisiert und in der Lage sind, derartige Modelle exklusiv für den Schweizer Markt zu entwickeln. Mit anderen Worten ist es kaum denkbar, dass internationale Konzerne solchen Preisbildungsmodellen nur für den Schweizer Markt zustimmen können, diese müssten vielmehr international anwendbar sein. Ein international verwendbares, grundsätzlich einheitliches System ist aber aufgrund der sehr unterschiedlichen Gegebenheiten und regulatorischen Vorgaben in den verschiedenen Ländern kaum realisierbar, weshalb es äusserst fraglich ist, ob, in welchem Umfang und mit welchem Zeithorizont solche Modelle zur Umsetzung kommen könnten. Somit würde die ausschliessliche Befassung mit diesem Thema zu einem wohl jahrelangen Stillstand des Systems und zur Verhinderung anderer wichtiger Reformen führen, was im Lichte der akuten und grossen Probleme im Bereich der Grundversorgung inakzeptabel ist.	**Gegenantrag** Von deutlich grösserer Wichtigkeit ist die Schaffung eines neuen Preisbildungssystems für alle Medikamente. Dieses System muss Regelungen für günstige Medikamente der Grundversorgung, für hochpreisige, innovative, patentgeschützte Medikamente und auch für Komplementär- und Phytoarzneimittel enthalten. Dabei müssen diese vollkommen unterschiedlichen Bereiche getrennt betrachtet und behandelt werden. So werden auch die Versuche der grossen Pharmaunternehmen endgültig unterbunden, die massiven Kostensteigerungen im Bereich der hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten durch Druck auf die bereits jetzt sehr tiefen und teilweise bereits unter den Gestehungskosten liegenden Preise für Medikamente der Grundversorgung zu kompensieren. Hierfür ist eine Anpassung von Art. 52 KVG notwendig, mittels welcher die Grundsätze eines neuen Preisbildungssystems verankert werden, die detailliertere Regelung muss auf Ebene der KVV erfolgen. Dabei wäre es durchaus denkbar, die Umsetzung eines neuen Systems nach Festlegung der

				Der von einigen grossen Pharmaunternehmen als Selbstschutz geförderte, enorme Druck auf die Preise von günstigen, aber wichtigen Arzneimitteln der Grundversorgung, von denen die meisten 10 bis 20 Franken, viele sogar unter 5 Franken pro Packung kosten, wird zu einer weiteren Verlagerung der Produktion ins Ausland führen und würde eine Schliessung wichtiger Produktionen zur Folge haben. Hinzu kommt, dass oftmals die gleichen Produzenten im Ausland (häufig aus dem südasiatischen Raum und aus China und Indien) Wirkstoffe für Arzneimittel mit gleicher Wirkung respektive Indikation für mehrere Anbieter auf dem Schweizer und europäischen Markt produzieren. Somit besteht ein Scheinwettbewerb mit einem massiven Klumpenrisiko. Die vergangenen Monate der Corona-Krise haben das bereits vorgängig bestehende Problem massiver Lieferengpässe bei Arzneimitteln der Grundversorgung zusätzlich verschärft und gezeigt, wie wichtig die Produktion von Arzneimitteln in der Schweiz und im europäischen Ausland ist. **Versorgungssicherheit ist nicht mehr gewährleistet** Mit anderen Worten: Bereits der Ausfall eines einzigen Wirkstoffherstellers im Ausland kann die Versorgung in der Schweiz bedrohen, unabhängig davon, wie viele entsprechende Produkte auf dem Schweizer Markt erhältlich sind. Damit ist die Versorgungssicherheit für unser Land nicht mehr gewährleistet und die nun entstandenen und weiterwachsenden Engpässe gefährden die Gesundheit unserer Bevölkerung. **Aufträge des Bundesparlaments werden nicht umgesetzt** Das Parlament hat sich deshalb aufgrund der Dringlichkeit und hoher Bedeutung richtig-erweise mit diesen erheblichen Risiken im Rahmen seiner ausserordentlichen Session vom 4. – 6. Mai	Grundsätze zeitlich gestaffelt an die Hand zu nehmen, damit die wohl sehr langwierigen Prozesse im Bereich der hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamente nicht den ganzen Reformprozess blockieren.

				2020 befasst und es wurden mehrere wichtige Vorstösse zu diesem Problem eingereicht. Bundesrat und Verwaltung haben bereits in der Vergangenheit mehrfach versichert, sich der Problematik bewusst zu sein und sich damit zu befassen, so auch im Rahmen der Beantwortung einiger parlamentarischer Vorstösse seit Beginn der Corona-Pandemie. Entgegen dieser Versicherung sind bis heute keinerlei konkrete Aktivitäten des Bundes erkennbar. Auch die in Aussicht gestellten Berichte liegen noch immer nicht vor. Zwar wurden Mitgliedsfirmen der IG Schweizer Pharma KMU während der Corona-Krise zu versorgungsrelevanten Betrieben erklärt, konkrete Massnahmen sind dem aber bis heute nicht gefolgt. Der Webseite www.drugshortage.ch, welche von Dr. Enea Martinelli, Chefapotheker der Spitäler FMI (Frutigen, Meiringen und Interlaken) und Vizepräsident des schweizerischen Apothekerverbandes pharmaSuisse, betrieben wird, ist zu entnehmen, dass aktuell bei gegen 500 Produkten in der Schweiz Lieferengpässe bestehen. **Es braucht dringend ein neues Preisbildungssystem für den ganzen Arzneimittelbereich** Aus den vorstehenden Gründen braucht es nun sehr dringend ein neues Preisbildungssystem für den ganzen Medikamentenbereich mit klarer Trennung zwischen Medikamenten der Grundversorgung, innovativen, patentgeschützten, teuren Medikamenten und Komplementär- und Phytoarzneimitteln. Diese äusserst wichtige Pendenz darf nicht durch die vage Aussicht auf die Schaffung vermeintlicher Modelle	

				ausschliesslich im hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Bereich blockiert werden. Entsprechende Vorschläge liegen bereits vor und wurden dem BAG – wie vorstehend ausgeführt – bereits im Juni 2017 vorgestellt, ohne dass je eine substantielle Antwort darauf erfolgt, geschweige denn die Reform des bestehenden Systems ernsthaft geprüft worden wäre.	
				3. Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen (Massnahme 6) Die Gewährung von Intransparenz bei der Preisbildung von hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten als Gegenleistung für neue Preisbildungsmodelle, deren Umsetzung – Stand heute - zweifelhaft ist, lehnen wir entschieden ab. Eine Ausserkraftsetzung des BGÖ gegen eine vage Zusicherung des Bundesrates, dies anderweitig zu kompensieren, ist abzulehnen. Innovationen, die einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten schaffen, sollen durch adäquate Preise abgegolten werden. Im Rahmen eines solidarisch finanzierten sozialen Versicherungssystems müssen die Unternehmen aber Transparenz in Bezug auf ihre Gestehungskosten schaffen. Eine weitere Erhöhung von In-transparenz im Be-reich der hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamente ist systemwidrig, nicht nachvollziehbar und deshalb abzulehnen. Dabei ist zu bedenken, dass auch solche Medikamente im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs für die Preisbildung anderer Arzneimittel beigezogen werden müssen. Eine Förderung der Intransparenz bei der Preisbildung wäre somit auch gegenüber den Unternehmen nicht korrekt, die sich diese	**Ablehnung**

				Preise dann im Rahmen eines TQV entgegen-halten lassen müssen.	
				4. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung (Massnahme 7) Auf den ersten Blick ist diese Bestimmung überflüssig, da die Konkretisierungskompetenz auf Verordnungsstufe bei jeder Gesetzesbestimmung ohnehin gegeben ist und nicht je-des Mal explizit im Gesetz genannt werden muss. Hier geht es aber offenbar darum, die Anwendung der WZW-Bestimmungen weiter zu „verstaatlichen“. Ausserdem – und dies ist noch gravierender – sollen die WZW-Kriterien immer weiter nur nach Wirtschaftlichkeitsüberlegungen angewendet werden und aus-schliesslich als Instrument zur Kostensenkung dienen. Dies ist aber nicht der Sinn und Zweck dieser Bestimmung und hat gerade bei Medikamenten zu einem absolut kontra-produktiven Preisdruck geführt, der Versorgungsengpässe verursacht und Behandlungsqualität sowie Patientensicherheit gefährdet. Diese Handhabung soll nun weiter verschärft werden, widerspricht aber dem gesetzgeberischen Willen und damit Sinn und Zweck von Art. 32 KVG eindeutig. Der Versuch, die Akteure und insbesondere die Tarifpartner nun durch die Platzierung dieser Bestimmung vom Prozess zur Konkretisierung der WZW-Kriterien weitgehend auszuschliessen und dieses Instrument künftig beinahe ausschliesslich zur Ausübung von Kostendruck zu verwenden, ist nicht nur systemisch falsch und löst verheerende Effekte in Bezug auf Versorgungs- und Patientensicherheit aus, es würden damit auch in inhaltlicher Hinsicht viele konstruktive Ansätze zur Weiterentwicklung unterbunden.	**Gegenantrag** Um den Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, wurden dem BAG bereits mehrere Male Vorschläge für ein neues Preisbildungssystem bei Medikamenten (so beispielsweise im Juni 2017) unterbreitet, wobei dieses bis heute keinerlei Bereitschaft signalisiert hat, sich damit zu befassen. Wie bereits vorstehend unter Ziffer 2. ausgeführt, ist es von immenser Wichtigkeit, ein neues Preisbildungssystems für alle Medikamente zu schaffen. Die Voraussetzungen dafür sind auf Gesetzesebene durch eine Anpassung von Art. 52 KVG zu schaffen. Dieses System muss Regelungen für Medikamente der Grundversorgung, für hochpreisige, innovative, patentgeschützte Medikamente und auch für Komplementär- und Phytoarzneimittel enthalten. Diese Bereiche müssen getrennt betrachtet und behandelt werden. Hierzu ist es zwingend notwendig, die Operationalisierung respektive Auslegung der WZW-Kriterien weiter zu entwickeln und dabei den Eigenheiten der verschiedenen Kategorien (Medikamente der Grundversorgung, Komplementär- und Phytoarzneimittel und hochpreisige, innovative, patentgeschützte Medikamente) Rechnung zu tragen. Dies muss in Zusammenarbeit mit den Akteuren geschehen, da diese über das dafür notwendige Fachwissen verfügen.

				Als Konsequenz aus den vorstehenden Überlegungen hat der Nationalrat eine entsprechende Bestimmung bereits in seiner Debatte vom 29. Oktober 2020 richtigerweise mit klarem Mehr abgelehnt. Obwohl dieser Entscheid des Nationalrates unter anderem auch mit Verweis auf die vorliegende Vernehmlassung begründet wurde, war der Hauptgrund dafür die grundsätzliche Ablehnung dieser Bestimmung aus den hier genannten Gründen. Deshalb lehnen auch wir diese Massnahme ab. Die hier verfolgte Absicht ist auch deshalb befremdend und nicht zielführend, weil der Bundesrat seiner Aufgabe, die WZW-Kriterien des KVG zu konkretisieren respektive zu operationalisieren, in den rund 25 Jahren seit Inkrafttreten des KVG nur sehr rudimentär nachgekommen ist. Diese Malaise hat auch direkten Einfluss auf die Beurteilung von Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessments (HTA) durch das BAG, welche in rechtsstaatlich fragwürdigen Verfahren ohne klare und transparente Regeln durchgeführt werden.	Hier besteht der wichtige Handlungsbedarf im Bereich der WZW-Bestimmungen des KVG und nicht in der Schaffung eines kontraproduktiven Absatz 3 von Art. 32 KVG, wie er im Rahmen dieser Vernehmlassung vorgelegt wird.
				Anträge Im Lichte der vorstehenden Ausführungen stellen wir Ihnen folgende Anträge: 1. Die Massnahmen 1. (Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP), 6. (Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen) und 7. (Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung) sind zu	

				streichen und stattdessen die Gegenvorschläge in der vorliegenden Stellungnahme zur Umsetzung zu bringen. 2. Die Massnahme 5. (Preismodelle und Rückerstattungen) ist im Lichte der Ausführungen in der vorliegenden Stellungnahme anzupassen und so zur Umsetzung zu bringen.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

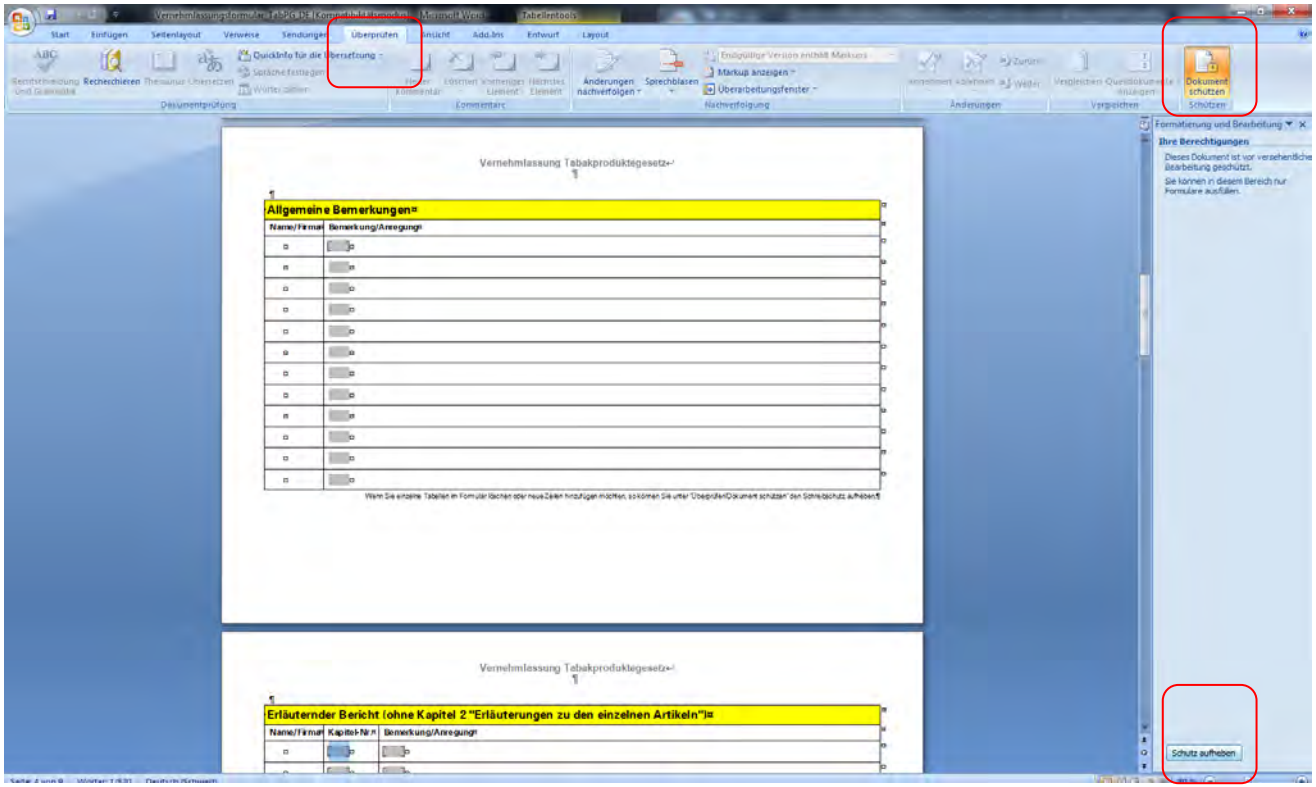
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

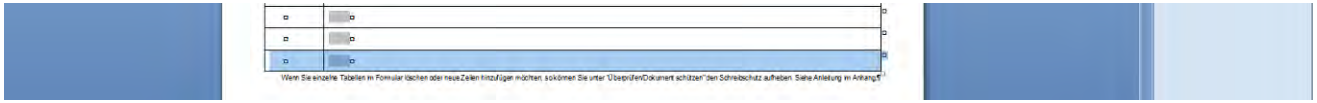
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



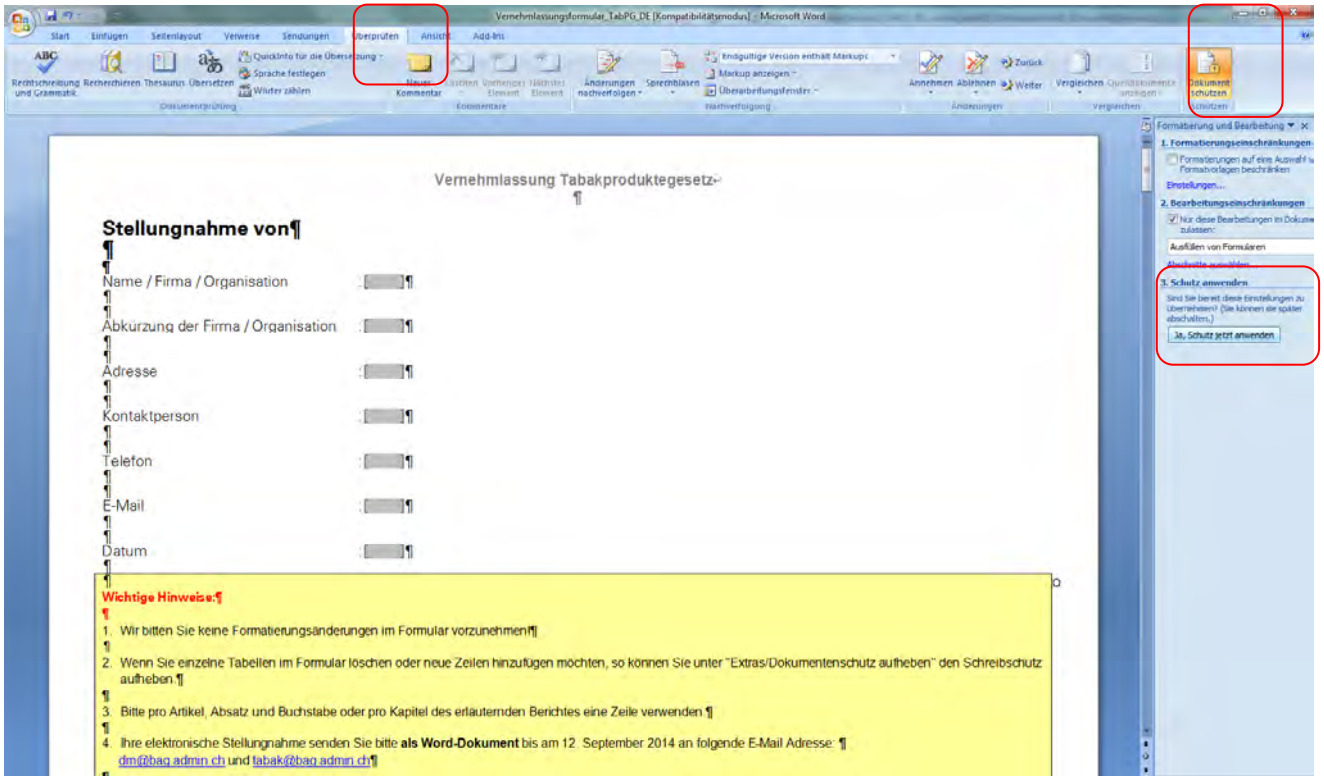
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU
Groupement d'intérêt PME Pharma Suisse
Gruppo d'interessi PMI Pharma Svizzera

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 19. November 2020

Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 19. November 2020 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

I. Vorbemerkungen

Wir konzentrieren unsere Stellungnahme auf folgende vier Massnahmen:

- Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP (Massnahme 1)
- Preismodelle und Rückerstattungen (Massnahme 5)
- Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen (Massnahme 6)
- Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung (Massnahme 7)

II. Zu den einzelnen Massnahmen

1. Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP (Massnahme 1)

Wir sprechen uns gegen diese Massnahme aus, weil es hier de facto um die Einführung von Globalbudgets geht, auch wenn der Titel anders lautet.

Ein solches System setzt falsche Anreize, weil die Konsequenzen von Budgetüberschreitungen in einer nachfolgenden Periode greifen und weil sie auch Akteure treffen, die sich korrekt / kostenbewusst verhalten. Dieses Instrument bestraft innerhalb einer Branche respektive einer Budgetgruppe de facto diejenigen Akteure, die sich kostenbewusst verhalten und ist damit kontraproduktiv.

Ferner wird durch die konkret vorgeschlagene Form der Zielvorgaben die Administration massiv erhöht, indem nationale Ziele, kantonale Ziele und Ziele pro Leistungsgruppe geschaffen werden sollen. Noch mehr Administration würde dann durch Korrekturmassnahmen entstehen, wenn Kostenziele nicht eingehalten werden.

Die Umsetzung der beschriebenen Massnahme würde im Effekt zu Rationierungen führen, die im krassen Gegensatz zu den WZW-Kriterien stehen, worunter dann auch Behandlungsqualität und Patientensicherheit leiden würden.

Schlussendlich ist festzuhalten, dass die Parameter des vorgeschlagenen Modells als mehrheitlich willkürlich zu qualifizieren sind und kaum Zusammenhang mit dem tatsächlichen medizinischen Bedarf haben.

Erfahrungen zeigen, dass Kantone, die bereits mit Globalbudgets arbeiten (Waadt, Genf), keine nutzbringenden Effekte in Bezug auf die Kostenentwicklung ausweisen können. Im Gegenteil waren sogar kontraproduktive Effekte zu verzeichnen.

2. Preismodelle und Rückerstattungen (Massnahme 5)

Aufgrund des konstanten, massiven Kostenanstieges bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten sind neue Preisbildungsmodelle von grosser Wichtigkeit. Sie müssen aber tatsächlich zu Einsparungen führen und sind im Einzelfall auf ihre Tauglichkeit und Systemkompatibilität hin zu überprüfen. Ferner stellt sich die Frage, ob grosse, internationale Pharmaunternehmen aufgrund ihrer internen Governance-Regeln tatsächlich autorisiert und in der Lage sind, derartige Modelle exklusiv für den Schweizer Markt zu entwickeln. Mit anderen Worten ist es kaum denkbar, dass internationale Konzerne solchen Preisbildungsmodellen nur für den Schweizer Markt zustimmen können, diese müssten vielmehr international anwendbar sein. Ein international verwendbares, grundsätzlich einheitliches System ist aber aufgrund der sehr unterschiedlichen Gegebenheiten und regulatorischen Vorgaben in den verschiedenen Ländern kaum realisierbar, weshalb es äusserst fraglich ist, ob, in welchem Umfang und mit welchem Zeithorizont solche Modelle zur Umsetzung kommen könnten.

Somit würde die ausschliessliche Befassung mit diesem Thema zu einem wohl jahrelangen Stillstand des Systems und zur Verhinderung anderer wichtiger Reformen führen, was im Lichte der akuten und grossen Probleme im Bereich der Grundversorgung inakzeptabel ist.

Von deutlich grösserer Wichtigkeit ist deshalb die Schaffung eines neuen Preisbildungssystems für alle Medikamente. Dieses System muss Regelungen für günstige Medikamente der Grundversorgung, für hochpreisige, innovative, patentgeschützte Medikamente und auch für Komplementär- und Phytoarzneimittel enthalten. Dabei müssen diese vollkommen unterschiedlichen Bereiche getrennt betrachtet und behandelt werden. So werden auch die Versuche der grossen Pharmaunternehmen endgültig unterbunden, die massiven Kostensteigerungen im Bereich der hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten durch Druck auf die bereits jetzt sehr tiefen und teilweise bereits unter den Gestehungskosten liegenden Preise für Medikamente der Grundversorgung zu kompensieren. Hierfür ist eine Anpassung von Art. 52 KVG notwendig, mittels welcher die Grundsätze eines neuen Preisbildungssystems verankert werden, die detailliertere Regelung muss auf Ebene der KVV erfolgen.

Dabei wäre es durchaus denkbar, die Umsetzung eines neuen Systems nach Festlegung der Grundsätze zeitlich gestaffelt an die Hand zu nehmen, damit die wohl sehr langwierigen Prozesse im Bereich der hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamente nicht den ganzen Reformprozess blockieren.

Der von einigen grossen Pharmaunternehmen als Selbstschutz geförderte, enorme Druck auf die Preise von günstigen, aber wichtigen Arzneimitteln der Grundversorgung, von denen die meisten 10 bis 20 Franken, viele sogar unter 5 Franken pro Packung kosten, wird zu

einer weiteren Verlagerung der Produktion ins Ausland führen und würde eine Schliessung wichtiger Produktionen zur Folge haben.

Hinzu kommt, dass oftmals die gleichen Produzenten im Ausland (häufig aus dem südasiatischen Raum und aus China und Indien) Wirkstoffe für Arzneimittel mit gleicher Wirkung respektive Indikation für mehrere Anbieter auf dem Schweizer und europäischen Markt produzieren. Somit besteht ein Scheinwettbewerb mit einem massiven Klumpenrisiko.

Die vergangenen Monate der Corona-Krise haben das bereits vorgängig bestehende Problem massiver Lieferengpässe bei Arzneimitteln der Grundversorgung zusätzlich verschärft und gezeigt, wie wichtig die Produktion von Arzneimitteln in der Schweiz und im europäischen Ausland ist.

Versorgungssicherheit ist nicht mehr gewährleistet

Mit anderen Worten: Bereits der Ausfall eines einzigen Wirkstoffherstellers im Ausland kann die Versorgung in der Schweiz bedrohen, unabhängig davon, wie viele entsprechende Produkte auf dem Schweizer Markt erhältlich sind.

Damit ist die Versorgungssicherheit für unser Land nicht mehr gewährleistet und die nun entstandenen und weiterwachsenden Engpässe gefährden die Gesundheit unserer Bevölkerung.

Aufträge des Bundesparlaments werden nicht umgesetzt

Das Parlament hat sich deshalb aufgrund der Dringlichkeit und hoher Bedeutung richtigerweise mit diesen erheblichen Risiken im Rahmen seiner ausserordentlichen Session vom 4. – 6. Mai 2020 befasst und es wurden mehrere wichtige Vorstösse zu diesem Problem eingereicht.

Bundesrat und Verwaltung haben bereits in der Vergangenheit mehrfach versichert, sich der Problematik bewusst zu sein und sich damit zu befassen, so auch im Rahmen der Beantwortung einiger parlamentarischer Vorstösse seit Beginn der Corona-Pandemie.

Entgegen dieser Versicherung sind bis heute keinerlei konkrete Aktivitäten des Bundes erkennbar. Auch die in Aussicht gestellten Berichte liegen noch immer nicht vor.

Zwar wurden Mitgliedsfirmen der IG Schweizer Pharma KMU während der Corona-Krise zu versorgungsrelevanten Betrieben erklärt, konkrete Massnahmen sind dem aber bis heute nicht gefolgt.

Der Webseite www.drugshortage.ch, welche von Dr. Enea Martinelli, Chefapotheker der Spitäler FMI (Frutigen, Meiringen und Interlaken) und Vizepräsident des schweizerischen Apothekerverbandes pharmaSuisse, betrieben wird, ist zu entnehmen, dass aktuell bei gegen 500 Produkten in der Schweiz Lieferengpässe bestehen.

Es braucht dringend ein neues Preisbildungssystem für den ganzen Arzneimittelbereich

Aus den vorstehenden Gründen braucht es nun sehr dringend ein neues Preisbildungssystem für den ganzen Medikamentenbereich mit klarer Trennung zwischen Medikamenten der Grundversorgung, innovativen, patentgeschützten, teuren Medikamenten und Komplementär- und Phytoarzneimitteln.

Diese äusserst wichtige Pendenz darf nicht durch die vage Aussicht auf die Schaffung vermeintlicher Modelle ausschliesslich im hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Bereich blockiert werden.

Entsprechende Vorschläge liegen bereits vor und wurden dem BAG – wie vorstehend ausgeführt – bereits im Juni 2017 vorgestellt, ohne dass je eine substantielle Antwort darauf erfolgt, geschweige denn die Reform des bestehenden Systems ernsthaft geprüft worden wäre.

3. Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen (Massnahme 6)

Die Gewährung von Intransparenz bei der Preisbildung von hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten als Gegenleistung für neue Preisbildungsmodelle, deren Umsetzung – Stand heute - zweifelhaft ist, lehnen wir entschieden ab.

Eine Ausserkraftsetzung des BGÖ gegen eine vage Zusicherung des Bundesrates, dies anderweitig zu kompensieren, ist abzulehnen.

Innovationen, die einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten schaffen, sollen durch adäquate Preise abgegolten werden. Im Rahmen eines solidarisch finanzierten sozialen Versicherungssystems müssen die Unternehmen aber Transparenz in Bezug auf ihre Gestehungskosten schaffen. Eine weitere Erhöhung von Intransparenz im Bereich der hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamente ist systemwidrig, nicht nachvollziehbar und deshalb abzulehnen.

Dabei ist zu bedenken, dass auch solche Medikamente im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs für die Preisbildung anderer Arzneimittel beigezogen werden müssen. Eine Förderung der Intransparenz bei der Preisbildung wäre somit auch gegenüber den Unternehmen nicht korrekt, die sich diese Preise dann im Rahmen eines TQV entgegenhalten lassen müssen.

4. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung (Massnahme 7)

Auf den ersten Blick ist diese Bestimmung überflüssig, da die Konkretisierungskompetenz auf Verordnungsstufe bei jeder Gesetzesbestimmung ohnehin gegeben ist und nicht jedes Mal explizit im Gesetz genannt werden muss.

Hier geht es aber offenbar darum, die Anwendung der WZW-Bestimmungen weiter zu „verstaatlichen". Ausserdem – und dies ist noch gravierender – sollen die WZW-Kriterien immer weiter nur nach Wirtschaftlichkeitsüberlegungen angewendet werden und ausschliesslich als Instrument zur Kostensenkung dienen. Dies ist aber nicht der Sinn und Zweck dieser Bestimmung und hat gerade bei Medikamenten zu einem absolut kontraproduktiven Preisdruck geführt, der Versorgungsengpässe verursacht und Behandlungsqualität sowie Patientensicherheit gefährdet. Diese Handhabung soll nun weiter verschärft werden, widerspricht aber dem gesetzgeberischen Willen und damit Sinn und Zweck von Art. 32 KVG eindeutig.

Der Versuch, die Akteure und insbesondere die Tarifpartner nun durch die Platzierung dieser Bestimmung vom Prozess zur Konkretisierung der WZW-Kriterien weitgehend auszuschliessen und dieses Instrument künftig beinahe ausschliesslich zur Ausübung von Kostendruck zu verwenden, ist nicht nur systemisch falsch und löst verheerende Effekte in Bezug auf Versorgungs- und Patientensicherheit aus, es würden damit auch in inhaltlicher Hinsicht viele konstruktive Ansätze zur Weiterentwicklung unterbunden.

Als Konsequenz aus den vorstehenden Überlegungen hat der Nationalrat eine entsprechende Bestimmung bereits in seiner Debatte vom 29. Oktober 2020 richtigerweise mit klarem Mehr abgelehnt. Obwohl dieser Entscheid des Nationalrates unter anderem auch mit Verweis auf die vorliegende Vernehmlassung begründet wurde, war der Hauptgrund dafür die grundsätzliche Ablehnung dieser Bestimmung aus den hier genannten Gründen. Deshalb lehnen auch wir diese Massnahme ab.

Die hier verfolgte Absicht ist auch deshalb befremdend und nicht zielführend, weil der Bundesrat seiner Aufgabe, die WZW-Kriterien des KVG zu konkretisieren respektive zu operationalisieren, in den rund 25 Jahren seit Inkrafttreten des KVG nur sehr rudimentär nachgekommen ist.

Diese Malaise hat auch direkten Einfluss auf die Beurteilung von Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessments (HTA) durch das BAG, welche in rechtsstaatlich fragwürdigen Verfahren ohne klare und transparente Regeln durchgeführt werden.

Um den Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, wurden dem BAG bereits mehrere Male Vorschläge für ein neues Preisbildungssystem bei Medikamenten (so beispielsweise im Juni 2017) unterbreitet, wobei dieses bis heute keinerlei Bereitschaft signalisiert hat, sich damit zu befassen. Wie bereits vorstehend unter Ziffer 2. ausgeführt, ist es von immenser Wichtigkeit, ein neues Preisbildungssystems für alle Medikamente zu entwickeln. Die Voraussetzungen dafür sind auf Gesetzesebene durch eine Anpassung von Art. 52 KVG zu schaffen. Dieses System muss Regelungen für Medikamente der Grundversorgung, für hochpreisige, innovative, patentgeschützte Medikamente und auch für Komplementär- und Phytoarzneimittel enthalten. Diese Bereiche müssen getrennt betrachtet und behandelt werden.

Hierzu ist es zwingend notwendig, die Operationalisierung respektive Auslegung der WZW-Kriterien weiter zu entwickeln und dabei den Eigenheiten der verschiedenen Kategorien (Medikamente der Grundversorgung, Komplementär- und Phytoarzneimittel und hochpreisige, innovative, patentgeschützte Medikamente) Rechnung zu tragen. Dies muss in Zusammenarbeit mit den Akteuren geschehen, da diese über das dafür notwendige Fachwissen verfügen.

Hier besteht der wichtige Handlungsbedarf im Bereich der WZW-Bestimmungen des KVG und nicht in der Schaffung eines kontraproduktiven Absatz 3 von Art. 32 KVG, wie er im Rahmen dieser Vernehmlassung vorgelegt wird.

III. Anträge

Im Lichte der vorstehenden Ausführungen stellen wir Ihnen folgende Anträge:

1. Die Massnahmen 1. (Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP), 6. (Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen) und 7. (Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung) sind zu streichen und stattdessen die Gegenvorschläge in der vorliegenden Stellungnahme zur Umsetzung zu bringen.
2. Die Massnahme 5. (Preismodelle und Rückerstattungen) ist im Lichte der Ausführungen in der vorliegenden Stellungnahme anzupassen und so zur Umsetzung zu bringen.

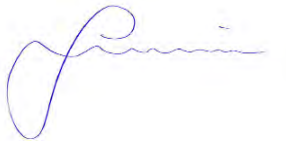
Zusammenfassend danken wir im Voraus bestens für die wohlwollende Prüfung unserer Änderungsanträge und bitten Sie um deren Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüssen

Die Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU

A. Vogel AG, Roggwil
Hans Züllig, Leiter Markt Schweiz

Drossapharm AG, Basel
Jürg Lutz, Inhaber



IBSA Institut Biochimique SA, Pambio-Noranco
Maleša Ulrico Sidjanski MSc ETHZ,
Head Swiss Operations

Max Zeller Söhne AG, Romanshorn
Dr. Georg Boonen, CEO

Permamed AG, Therwil
Christian Lutz, Inhaber
Präsident des Verwaltungsrates

Streuli Pharma AG, Uznach
Claudia Streuli, Inhaberin,
Präsidentin des Verwaltungsrates

Die IG Schweizer Pharma KMU

Die im März 2015 gegründete IG Schweizer Pharma KMU ist ein Zusammenschluss von sechs Pharma-Unternehmen, die Arzneimittel in der Schweiz entwickeln, herstellen und hauptsächlich für die Grundversorgung des Schweizer Gesundheitsmarkts vertreiben. Dank Firmensitz und Produktionsstätten in der Schweiz sowie therapeutischer Vielfalt tragen sie zur Versorgungssicherheit in der Schweiz bei. Die IG setzt sich dafür ein, bewährte Arzneimittel sowie bezahlbare und gut verträgliche Therapien anbieten zu können und fordert deshalb ein faires, wettbewerbliches und transparentes Preisbildungssystem, das den Anliegen der in der Schweiz zu hiesigen Kosten produzierenden Unternehmen Rechnung trägt.

Die Mitglieder der IG Schweizer Pharma KMU sind sich bewusst, dass der politische Druck in Bezug auf Einsparungen im Arzneimittelbereich hoch ist und sie sind bereit, sinnvolle und verhältnismässige Massnahmen zu unterstützen.

Weitere Informationen zur IG finden Sie unter www.ig-pharma-kmu.ch .

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Interessengemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser
Abkürzung der Firma / Organisation	: IGGH-CH
Adresse	: Geburtshaus Delphys, 8000 Zürich
Kontaktperson	: Heinz Wyler
Telefon	: 079 222 71 43
E-Mail	: info@geburtshaus.ch
Datum	: 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Mit Schreiben vom 19. August 2020 wurden wir eingeladen mit Frist vom 19. November 2020 an der im Dokument erwähnten Vernehmlassung teilzunehmen. Wir lassen Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen. Wir anerkennen die Absicht das vorliegende Paket als indirekten Gegenvorschlag zur Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» der CVP einzusetzen. Wir erkennen in der Vorlage allerdings kein markantes Sparpotenzial in den relevanten Bereichen. Wir glauben im Gegenteil, dass die vorgeschlagenen Massnahmen auf Stufe Verwaltung Mehrkosten auslösen werden. Unter diesem Licht kommen wir zum Schluss, dass dieser Gegenvorschlag wenig Chancen hat, sich gegen die Kostenbremse-Initiative zu behaupten.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	64	7	b	Die IGGH-CH unterstützen und begrüssen analog dem Schweizerischen Hebammenverband (SHV) grundsätzlich die vom Bundesrat gewählte Formulierung: «Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG soll ergänzt werden mit den Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft. Auch diese Leistungen sollen, neben den Leistungen nach den Artikeln 25 und 25*a* KVG, ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft, von der Kostenbeteiligung befreit werden.» **Es ist wichtig, dass sämtliche Mutterschaftsleistungen sowie auch alle «schwangerschaftsfremden» Leistungen von Franchise und Selbstbehalt befreit sind.** Die **im Gesetzestext belassene Definition und enge Limitierung *ab der 13. Schwangerschaftswoche*** führt in der Praxis jedoch immer wieder zu grossen Problemen. Die Problematik beginnt nämlich dann, wenn Schwangere vor der 13. SSW schwangerschaftsbedingte Komplikationen wie Blutungen, drohende Fehlgeburt oder eine Fehlgeburt erleiden. Die Krankenversicherer kommen für Komplikationen in der Schwangerschaft erst ab der 13. Schwangerschaftswoche auf. Sämtliche Kosten (z.Bsp. wiederholter Ultraschall bei Komplikationen, zusätzliche Laborkontrollen und operative Curettage) müssen von der Schwangeren selber getragen werden. Die Motion Kälin	

				18.4372 aus dem Jahre 2018 zeigt diese Situation exemplarisch auf. Schwangere, welche vor der 13. SSW Komplikationen erleiden oder sogar ihr Kind verlieren, werden gegenüber Frauen, welche diese Probleme zu einem späteren Zeitpunkt (nach der 13. SSW) erfahren, klar benachteiligt. Sie tragen teilweise hohe Kosten der Behandlungen selber. Eine Curettage kostet (operativer Eingriff im Spital, excl. Vor- und Nachkontrolle) rund CHF 800 - 1100. Die Frauen müssen auch für den Selbstbehalt aufkommen und es wird ihnen die Franchise berechnet. Mit allen Kontrollen kann diese Summe rasch auf gegen CHF 1500 - 2000 steigen. Nicht wenige Frauen in der Schweiz sind von dieser gesetzlichen nicht verständlichen Ungleichstellung betroffen: Etwa jede fünfte Schwangerschaft endet in einer frühen Fehlgeburt [4] [5]. Allein am Universitätsspital Zürich betraf diese Unrechtbehandlung in den Jahren 2018/2019 insgesamt 266 resp. 300 Frauen. Der in der Motion Kälin korrekt beschriebene Missstand wird mit dem vorliegenden Textvorschlag des Artikels 64, Abs. 7, Bst. b leider **nicht** behoben. Er kann nur behoben werden, wenn die Kostenbeteiligung bereits ab Beginn der Schwangerschaft wegfällt. (siehe Textvorschlag). In der bundesrätlichen Begründung zur Motion Kälin wird mit folgender Erklärung auf den Vorschlag der Kostenbefreiung ab Beginn der Schwangerschaft argumentiert: «*Mit der heutigen Regelung werden Behandlungen von Komplikationen in den ersten zwölf Wochen wie Spontanaborte oder Eileiterschwangerschaften nicht von der Kostenbeteiligung befreit. Es ist korrekt, dass Frauen, welche in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen wegen Komplikationen Behandlungen benötigen, gegenüber Frauen, bei denen die Schwangerschaft problemlos verläuft, in Bezug auf die Erhebung der Kostenbeteiligung benachteiligt sind. Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang festgehalten,*	Textvorschlag für Art. 64, Abs. 7, Bst. b KVG: *Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:* *Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die **ab Beginn der Schwangerschaft**, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.*

				*dass **der Beginn der Schwangerschaft erst im Nachhinein** festgestellt werden kann und der Versicherer allenfalls bereits Kostenbeteiligungen auf Behandlungen erhoben hat, wenn er von der Schwangerschaft erfährt. **Eine nachträgliche Befreiung von der Kostenbeteiligung** auf Behandlungen während den ersten zwölf Schwangerschaftswochen würde daher zu **unverhältnismässigem Verwaltungsaufwand** führen.»* Für die IGGH-CH ist dies eine unhaltbare und fadenscheinige Begründung, denn es geht letztlich nur darum, für die Versicherer die Verwaltungskosten tief zu halten. Damit werden die Kosten jedoch bewusst den betroffenen Schwangeren auferlegt! Die Vereinigung der Schweizer Geburtshäuser wehrt sich vehement gegen diese gesetzliche Ungerechtigkeit, die weder logisch begründbar noch medizinisch vertretbar ist. Eine Schwangerschaft wird berechnet aufgrund des ersten Tages der letzten Menstruation. Bleibt die monatliche Blutung aus, macht die Frau in der Regel bald einen (in der heutigen Zeit quasi überall, sogar am SELECTA-Automat, erwerbbaren) Schwangerschaftstest. Fast jede Schwangere in der Schweiz weiss bereits nach 4-6 Wochen post menstruationem, dass sie gemäss Schnelltest schwanger ist und geht Folge dessen bereits in der 6. – 8. Woche zur ersten Untersuchung. Das heisst, die tatsächliche Zeitspanne, währenddessen allfällige bereits bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssten und dadurch hohe Verwaltungskosten entstehen würden, ist kurz und rechtfertigt niemals die auf die Betroffenen überwälzten Kosten. Hebammen, welche Schwangerschaftskontrollen anbieten, sind mit einem **zusätzlichen Problem** konfrontiert, welches nur durch die Übernahme des Textvorschlages der IGGH-CH behoben werden kann. Nämlich: - Schwangerschaftskontrollen, welche vor der 13. SSW (also noch vor der Kontrolle bei einer Ärztin) von Hebammen	

				durchgeführt werden, werden in vielen Fällen durch die Versicherer nicht bezahlt. Begründung der Versicherer: «Da die 13. SSW noch nicht mit einem Ultraschalluntersuch bestätigt wurde, wird diese Kontrolle nicht vergütet». In solchen Fällen stellen die Versicherer entweder der Schwangeren die Kontrolle in Rechnung und/oder die Kontrolle wird der Hebamme nicht bezahlt, was bedeutet, dass sie hat in solchen Fällen gratis eine medizinische Leistung erbracht hat. Hebammen sind befugt, gemäss Artikel 13, KLV Schwangerschaftskontrollen in eigener fachlicher Verantwortung durchzuführen. Diese Kompetenz wird durch das Gebaren der Versicherer seit etlichen Jahren beschnitten. Hebammen bieten Schwangerschaftskontrollen vor der 13. SSW oft gar nicht mehr an, um den Schwangeren Kosten zu ersparen. Auch das wiederholte Intervenieren des Verbandes unter Bezugnahme des Informationsschreiben des BAG vom März 2018 half nicht zu verhindern, dass etliche Versicherer Gesetze enger interpretieren als das BAG dies offiziell kundtut. Dies zeigt auf, wie wichtig es ist, dass eine Änderung auf der gesetzlichen Ebene passiert, denn Informationsschreiben werden missachtet und bleiben wirkungslos. 4 Lippincott Williams & Wilkins (2012): The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics (4 ed.) pp. 438–439 5 Diese Zahlen sind Schätzungen und gelten in Fällen, in denen der Frau bereits bekannt gewesen war, dass sie schwanger war. In vielen Fällen geschieht eine Fehlgeburt jedoch bereits bevor die Frau merkt, dass sie überhaupt schwanger war. Quelle: «How many people are affected by or at risk for pregnancy loss or miscarriage?» www.nichd.nih.gov. July 15, 2013	

	40		a	Wir haben bezüglich der Schaffung einer Erstberatungsstelle ab Zweifel über den Sinn Zweck. Es existieren bereits entsprechende Modelle im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen (AVM). Wir können in diesem Instrument keinen wesentlichen Spareffekt erkennen. In der Geburtshilfe könnte die Hebamme die Rolle einer Erstberatungsstelle gut übernehmen. Wie dies Modelle in anderen Ländern deutlich zeigen (Bespiel Schweden, Grossbritanien) steht die Hebamme als erste Anlaufstelle für eine physiologische Sicht, die die Wahlfreiheit der Frau gewährt und damit auch einen Kostenspareffekt bewirken könnte.	Antrag: Verzicht auf Erstberatungsstelle Eventualiter: Die Hebammen können in der Geburtshilfe die Rolle einer Erstberatungsstelle übernehmen. Textvorschlag: (Ergänzung) Art 40a Abs 3 Bst d) Hebammen für Schwangerschaft und Geburt
	41	1		.. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig (Art 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. … Wir unterstützen die Absicht zu fairen Referenztarifen für eine schweizweite freie Spitalwahl grundsätzlich. Tatsache ist leider, dass einige Kantone die Tarife für ausserkantonale Behandlungen missbräuchlich tiefer als die kantonalen ansetzen und damit die Wahlfreiheit der Patienten erschweren. Einzelne Kantone lehnen die Kostengutsprache für eine ausserkantonale Behandlung gar ab.	Antrag: Ergänzung: Der Kanton gewährleistet mit fairen Referenztarifen die Patienten Wahlfreiheit.

	42	2	3ter	… Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Wir begrüssen diese Änderung. Die aktuelle Lösung zur integralen Pflicht ist eine administrative Zusatzbelastung für die Leistungserbringer mit zudem fragwürdigem Informationseffekt für die Versicherte Person. Der kryptische Inhalt der DRG-Codierung auf der Rechnung verschliesst sich in vielen Fällen der versicherten Person.	
	54	1-3		Wir begrüssen den Grundsatz der Festlegung von Kostenzielen für die gesamten Leistungen oder die einzelnen Kostenblöcke der Leistungserbringer. Wir hoffen allerdings auf eine massvolle Umsetzung dieses Prinzips. Gerade in der Geburtshilfe würden starre Kostenziele die Deckelungs-Absicht ad absurdum führen.	

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation	: Institution genevoise de maintien à domicile
Abréviation de la société / de l'organisation	: imad
Adresse	: 36, av. Cardinal-Mermillod, 1227 Carouge
Personne de référence	: Nicolas Huber, responsable des affaires extérieures
Téléphone	: 022.420.21.37 ; 076.250.21.44
Courriel	: nicolas.huber@imad-ge.ch
Date	: 19.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **6**

Autres propositions ____ **8**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **10**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
imad	**imad** (institution genevoise de maintien à domicile) est l'unique prestataire public de soins et d'aide à domicile dans le canton de Genève. Plus grande organisation de soins et d'aide à domicile (OSAD) de Suisse, **imad** emploie près de 2'300 collaborateurs et prend en charge env. 17'000 clients par an. Elle offre une palette de prestations très large, incluant p.ex. la livraison de repas, le répit aux familles d'enfants gravement malades, la location d'appareils de sécurité, etc. **imad** exploite en outre des immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA, >1'500 locataires) ainsi que des unités d'accueil temporaire de répit (UATr, 535 clients en 2019). L'importance grandissante des soins à domicile, notamment dans le contexte du vieillissement démographique, du virage ambulatoire et de l'augmentation des personnes atteintes de maladies chroniques, nécessite une prise en compte adéquate des spécificités et défis du domaine, notamment ceux qui concernent les plus grandes OSAD (souvent romandes, au vu du modèle privilégié dans ces cantons). Dans ce contexte, **imad** souhaite prendre position dans le cadre de cette consultation.
imad	Le domaine de l'aide et soins à domicile n'est pas concerné par l'intégralité des mesures de ce deuxième volet. Vous trouverez ci-dessous des **considérations sur les mesures les plus importantes pour notre domaine**, puis certains commentaires et propositions synthétiques dans la partie article par article.
imad	**Imad rejette une approche « top-down » de l'objectif de maîtrise des coûts.** Sur l'**introduction d'un objectif de maîtrise des coûts**, nous tenons en préambule à relever que les OSAD sans but lucratif, dont les prestations sont globalement déficitaires, n'ont fondamentalement **pas d'incitation à fournir des prestations injustifiées**, ce d'autant plus dans un contexte de pénurie de personnel. A l'examen du projet de modification de la loi ainsi que du rapport explicatif, **certaines dispositions nous semblent peu évidentes à appréhender** en ce qui concerne l'aide et soins à domicile. Nous comprenons que, dans notre domaine d'activité, les mesures correctives seraient « ordonnées par les gouvernements cantonaux » (p. 23 du rapport explicatif), étant donné que les tarifs fixés par l'OPAS ne tombent pas dans l'une des « catégories de coûts relevant de la compétence de la Confédération » telles que décrites à la phrase suivante. En parallèle, nous retenons des explications relatives à l'art. 54 (p. 78) que, pour l'aide et soins à domicile, l'objectif en matière de coûts ne prendrait en compte que les prestations à charge de l'AOS. Dès lors, les gouvernements cantonaux se retrouveraient dans la **curieuse situation d'agir tout en étant contraints par des montants fixés au niveau fédéral**. Si les montants des contributions horaires de l'AOS (domaine des coûts « soins ambulatoires ») continuent à être fixés par la Confédération tel qu'actuellement, le mécanisme prévu à l'art. 54 du projet de loi implique à notre sens que : - l'objectif cantonal, au sens de l'art. 54 al.2 let. a du projet de loi, tel qu'applicable à notre domaine, soit formulé en termes de pourcentage admis d'augmentation d'heures facturées à charge de l'AOS (les heures étant converties en monétaire)

	- et vraisemblablement que ce dernier ne diffère pas d'un canton à l'autre (principe de linéarité, étant donné que les tarifs OPAS sont les mêmes dans toute la Suisse). Nous ne voyons en effet pas quelle disposition permettrait à la Confédération de pouvoir opérer une distinction entre les cantons souhaitant développer le maintien à domicile (par rapport au stationnaire) et les autres, p.ex. en accordant aux premiers un objectif supérieur en termes de soins ambulatoires. Nous avons bien pris note que l'art. 54b al. 2 permet aux cantons de « s'écarter des objectifs fixés par le Conseil fédéral pour les catégories de coûts (art. 54, al. 1, let. b) pour autant qu'ils respectent l'objectif global cantonal (art. 54, al. 2, let. a) que le Conseil fédéral a prescrit, compte tenu de la marge de tolérance ». Toutefois, en pratique, l'**incessant marchandage** qui résulterait de la prise en compte des paramètres et contraintes multiples liés aux différentes catégories de coûts (y compris entre OSAD avec et sans but lucratif) **limiterait grandement** la marge de manœuvre des cantons et donc **l'intérêt d'une telle solution**. Par ailleurs, notre expérience du principe de « neutralité des coûts » dans l'AOS nous a permis de constater que les **spécificités du domaine sont peu prises en compte**, p.ex. : - la différence du nombre d'heures facturées par client entre OSAD avec, ou respectivement sans but lucratif (cf statistiques OFS) - dans certains cantons, le nombre important d'OSAD avec but lucratif, dont l'offre suscite une forte demande de prestations. Ces éléments ont vraisemblablement été des facteurs contributifs à la rupture de cette neutralité, partant à la décision de baisse linéaire des montants des contributions depuis le 01.01.2020 sur la base d'un rapport qui a suscité de nombreuses interrogations sur le plan méthodologique. Ainsi, en l'état du projet, le **mécanisme d'objectif de maîtrise des coûts présente pour notre domaine d'activité le risque de renforcer le report de charges** vers le financeur résiduel et par conséquent de mener à: - des réductions budgétaires pour des prestations d'aide et soins à domicile et/ou - l'augmentation de la contribution du patient au sens de l'art. 25a al.5 LAMal et/ou - des réductions salariales et charges sociales. Au vu de ce qui précède, nous proposons de **rejeter la proposition**. Si cela ne correspond pas à la décision prise, nous demandons alors, sur la base de l'art. 54a al. 4 du projet de loi (ou par un autre biais), d'**exclure le domaine de l'aide et soins à domicile** de l'objectif de coûts. Ceci ferait en effet sens au vu des **économies unanimement avérées que permettent les soins à domicile** par rapport p.ex. à une prise en charge stationnaire. Le point de la compréhension systémique des coûts de la santé est essentiel, compte tenu du principe des vases communicants. Une mise en évidence des gains d'efficience du maintien à domicile s'avère indispensable. Il s'agit alors d'**éviter de mauvaises incitations**, p.ex. un report potentiel de prise en charge par un autre domaine (qui, par hypothèse, ne dépasserait lui pas son objectif de coûts, tout en étant néanmoins moins efficient pour la prise en charge des cas concernés).

imad	Au sujet de l'**institution d'un premier point de contact**, nous relevons l'incertitude qui découle encore de l'al. 4 de l'art. 40c. Le périmètre des prestations couvertes n'est en effet pas clarifié, ce qui rend naturellement impossible une prise de position définitive. **Sur le principe, nous ne sommes pas opposés à l'institution d'un premier point de contact**, mais nous interrogeons sur : - le **rapport coût-efficacité** de cette solution : nous comprenons que le périmètre des prestations du premier point de contact serait restreint et que le montant forfaitaire prévu serait minime. Néanmoins, nous comprenons que ce forfait, tout en s'inscrivant dans une logique d'optimisation des prises en charge, ne viendrait pas en déduction du remboursement d'autres prestations ; son rapport coût-efficacité devrait ainsi être évalué précisément ; - d'**éventuels effets pervers** : nous partons du principe que ce forfait ne couvrira pas les coûts pour les patients particulièrement demandeurs de prestations de santé (sinon, cela signifierait que ce montant est trop élevé et donc d'un mauvais rapport coût-efficacité). Sachant que le fournisseur de prestations peut refuser la demande d'un assuré d'être son premier point de contact, cela pourrait mener à de mauvaises incitations. Il convient ainsi de **s'assurer que les patients particulièrement demandeurs de prestations** (d'ailleurs souvent bénéficiaire de prestations d'aide et soins à domicile) **continueraient à bénéficier d'une prise en charge suffisante**. Nous notons par ailleurs que si env. 70% des assurés avaient en 2018 privilégié des formes d'assurance avec restriction du libre choix, cette **proportion est plus faible pour les personnes âgées** (cf données OFS datant de 2017). Il conviendrait ainsi de veiller à ce que cette spécificité soit intégrée dans la réflexion quant à l'acceptabilité et à la praticabilité d'une généralisation du modèle avec restriction du libre choix. - la **disponibilité des médecins de premier recours** pour assurer ce rôle, au vu de leur pénurie (dans certaines régions du moins) ; pour cette raison notamment, nous exigeons que **d'autres catégories de personnel (en particulier des infirmières en pratique avancée/APN)** puissent endosser ce rôle. De par leur expertise clinique, ainsi que leur bonne connaissance de la situation, des besoins et du réseau, les infirmières de pratique avancée permettent une bonne orientation du patient, à savoir une prise en charge sans rupture ni doublons, alliant qualité et efficience.
imad	**imad** soutient par ailleurs un **renforcement de la coordination des soins**, qui est indispensable. **imad** tient à insister sur l'importance du corps infirmier en la matière. Les infirmiers/ères disposent en effet de grandes compétences en matière de coordination et l'évolution de certains profils vers une pratique avancée (APN) doit être favorisée. Dans ce contexte, il est demandé que des **APN (et pas uniquement des médecins) puissent être responsables de réseaux** de soins. Globalement, la **coordination devrait être mieux valorisée et reconnue**, ce afin de favoriser la qualité, l'efficacité et l'efficience. Nous relevons ainsi que l'objectif de maîtrise des coûts de la santé passe également par ce type de répartition de responsabilités et de délégation à des corps de métiers en contact direct et fréquent avec les patients concernés et ne présentant pas les mêmes coûts salariaux. Une réflexion est alors indispensable afin de déterminer une clé de répartition adaptée de la rémunération de la coordination entre ces différents acteurs et niveaux.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
imad	25	2	i	Nous relevons avec satisfaction la mention du rôle des APN dans ces programmes structurés. Nous considérons néanmoins qu'il faut se garder la possibilité qu'elles puissent également diriger ces programmes.	Les prestations fournies dans le cadre de programmes structurés ~~**placés sous la direction d'un médecin**~~.
imad	33	3bis		Voir art. 25, al. 2, let. i.	Il désigne les prestations qui peuvent être fournies dans le cadre de programmes structurés, ~~**placés sous la direction d'un médecin**~~ […]
imad	36b	3	a	Comme expliqué ci-dessus, il s'agit de prendre en considération la possibilité que d'autres profils que des médecins puissent diriger un réseau, p.ex. des APN.	Les exigences à l'égard du **professionnel** ~~**médecin**~~ qui dirige le réseau
imad	40a	3	b	Des catégories de personnel non-médical, en particulier les APN, devraient pouvoir représenter le 1er pt de contact.	Une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins qui remplissent la condition fixée à la let. a **ou des professionnels possédant la formation et l'expérience requises ;**
imad	42	3ter		**imad** approuve le principe d'une transmission électronique des factures.	
imad	54			Comme mentionné plus haut, **imad** propose soit de supprimer l'approche « top-down » de l'objectif de maîtrise des coûts, soit d'en exclure de manière les organisations des soins à domicile.	Biffer ou exclure les soins à domicile.
imad	54a	4			Exclure les soins à domicile, si l'objectif de maîtrise des coûts n'est pas biffé plus haut. *(De même pour les dispositions concernées dans les articles suivants)*

imad	54d	2,3,4,5		Comme évoqué précédemment, nous peinons à saisir quelles mesures correctives s'appliqueraient à l'aide et soins à domicile. Quoi qu'il en soit, nous privilégions clairement la variante avec la **formulation potestative**. S'agissant des soins à domicile, leur développement rapide et la flexibilité nécessaire (p.ex. en cas de crise sanitaire) plaident en effet en faveur de cette souplesse. Nous comprenons en outre que ces mesures ne peuvent être rétroactives (ce qui serait trop compliqué en pratique).	Biffer ou exclure les soins à domicile. Si accepté, retenir la formulation potestative de l'art. 54d.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

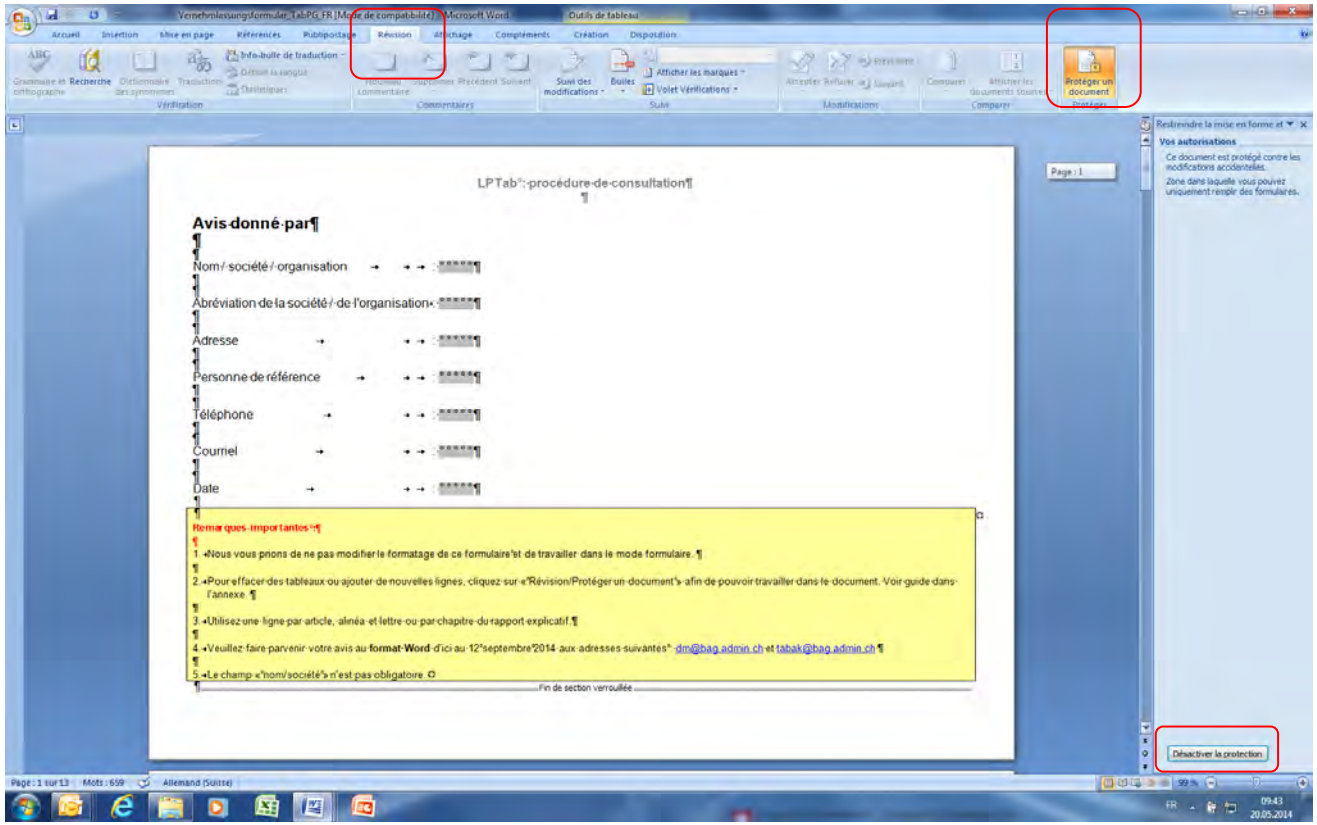
Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société			

/ de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

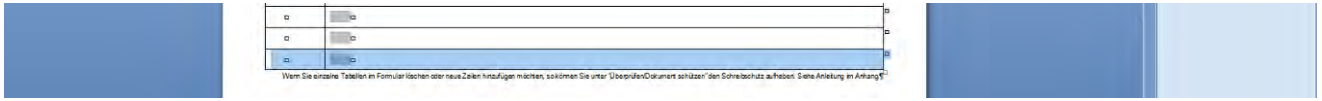
1 Désactiver la protection du document



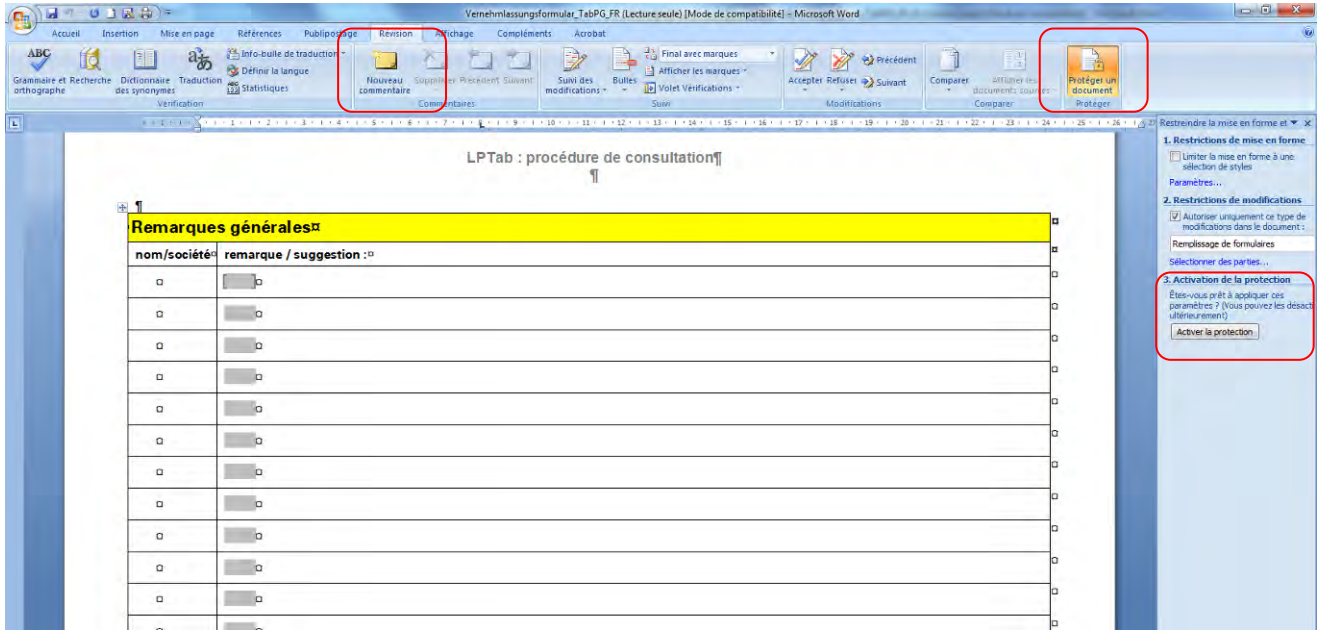
Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

2 Insérer de nouvelles lignes

Sélectionner une ligne entière incluant les champs marqués en gris (la ligne sélectionnée devient bleu)
Presser Control-C pour copier
Presser Control-V pour insérer



3 Réactiver la protection du document



Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Swiss Neurological Society
Schweizerische Neurologische Gesellschaft
Société Suisse de Neurologie
Società Svizzera di Neurologia

EINSCHREIBEN
Eidgenössisches Departement
des Innern EDI
Generalsekretariat GS-EDI
Herr Bundesrat Dr. Alain Berset
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

VORSTAND | COMITÉ

Präsident | Président
Prof. Dr. med. Hans Jung
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 26
8091 Zürich
hans.jung@usz.ch

Vizepräsident | Vice-président
Prof. Dr. med. Peter Sandor
RehaClinic Gruppe
5330 Bad Zurzach
Tel. +41 56 486 34 30
p.sandor@rehaclinic.ch

Pastpräsidentin | Présidente sortant
Dr. med. Daniela Wiest
Unterer Quai 92
2502 Biel
+41 32 329 55 99
danielawiest@hotmail.com

Sekretär/Kassier | Secrétaire/Trésorier
Prof. Dr. med. Urs Fischer
Inselspital Bern
Freiburgstrasse 10, 3010 Bern
+41 31 632 30 81
urs.fischer@insel.ch

Beisitzer | Assesseurs

Dr. med. Silke Biethahn
Hirslanden Neurozentrum Aarau
Neurologie
Rain 34
5000 Aarau
neurozentrumaarau@hin.ch

PD Dr. med. Carlo Cereda,
Ospedale Civico
Neurocentro della Svizzera Italiana
Via Tesserete 46
6900 Lugano
carlo.cereda@eoc.ch

Dr. med. Stefan Hägele-Link,
Kantonsspital St. Gallen
Klinik für Neurologie
Rorschacherstr. 95
9007 St.Gallen
stefan.haegele-link@kssg.ch

PD Dr. med. Andrea Humm
HFR Fribourg – Kantonsspital
1708 Fribourg
+41 26 306 22 30
andrea.humm@h-fr.ch

Prof. Dr. med. Andreas Kleinschmidt
HUG Genf
Rue Gabrielle Perret-Gentil 4
1211 Genève
+41 22 372 83 02
andreas.kleinschmidt@hcuge.ch

Basel, 16. November 2020

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Gerne nimmt die Schweizerische Gesellschaft für Neurologie (SNG) die Möglichkeit wahr, zu oben erwähnten Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) Stellung zu nehmen. Wir verlangen, dass auch Neurologinnen und Neurologen als Erstberatungsstelle gemäss Art. 40a zugelassen werden und begründen dies stichhaltig und ausführlich in den folgenden Abschnitten.

Neurologische Erkrankungen in der allgemeinen Bevölkerung sind häufig und von herausragender medizinischer aber auch volkswirtschaftlicher Bedeutung. Als Beispiele seien hier die Migräne, die Schlaganfälle, die Epilepsien, die Demenzerkrankungen, die Parkinsonerkrankungen und die multiple Sklerose genannt. Insbesondere bei den häufigen neurologischen Krankheitsbildern wie Migräne (in der Bevölkerung ca. 20% der Frauen und 10% der Männer) sowie bei vieldeutigen und dennoch häufigen Beschwerden wie Schwindel muss die Bevölkerung die Möglichkeit haben, sich direkt an die Neurologin oder den Neurologen zu wenden. Das korrekte Erkennen und Einschätzen dieser und natürlich auch vieler weiterer neurologischer Erkrankungen erfordert eine fachspezifische Expertise, welche nur von einer ärztlichen Person mit Facharztausbildung Neurologie geleistet werden kann.

Ein nicht korrektes oder auch zu spätes Erkennen dieser Zustände hat für die betroffenen Patienten weitreichende Konsequenzen. Aufkommende diesbezügliche Risiken beinhalten eine nicht stattfindende aber auch eine nicht indizierte, überschiessende Diagnostik, nicht dem aktuellen Stand des Wissens entsprechende Behandlungen oder auch falsch und zu viel durchgeführte Behandlungen sowie eine nicht den Patientenbedürfnissen angepasste längerfristige Betreuung.

Dies hat nicht nur, unter Umständen erhebliche, negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der neurologischen Patientinnen und Patienten mit unnötigem Leiden zur Folge, sondern führt auch zu unnötigen Kosten im Gesundheitswesen und zu erheblichen Folgekosten für die Gesellschaft. Als Beispiel kann hier ein Patient mit Migräne genannt werden, was in einem allgemeinmedizinischen Setting häufig nicht richtig erkannt wird. Die häufigsten Fehldiagnosen sind Verdacht auf symptomatische Kopfschmerzen sowie Spannungstypkopfschmerzen. Es droht hier die Gefahr, dass

unnötigerweise eine MRI-Bildgebung des Hirnes durchgeführt wird und die korrekten, migräne-spezifischen Basistherapien wie beispielsweise Magnesium, Betablocker oder Antiepileptika nicht angewandt werden und nicht auf einen möglichen Schmerzmittel-Überkonsum geachtet wird. Dies birgt die Gefahr, dass die Patienten nicht optimal behandelt werden und unter Umständen Schmerzmittel-induzierte Kopfschmerzen entwickeln, welche die Tage mit Arbeitsausfall und damit die Kosten für die Allgemeinheit unnötig erhöhen. Ähnliche Überlegungen können auch bei den anderen Krankheitsbildern angestellt werden.

Das Argument, dass diese Patienten ja durch die von Ihnen vorgeschlagenen «Erstberatungsstellen» an eine Neurologin oder einen Neurologen weitergewiesen werden können, ist in der Erfahrung der SNG abzuweisen. Sehr viele von neurologischen Erkrankungen betroffene Menschen, welche einer Kosten- und Nutzen-effizienten neurologischen Beurteilung und Behandlung bedürften, durchlaufen eine regelrechte Odyssee, bis dies endlich gewährleistet werden kann. Es ist deshalb aus unserer Sicht unabdingbar, dass sich Menschen mit neurologischen Symptomen primär an eine Fachärztin/Facharzt für Neurologie wenden können.

Auch das Argument, dass durch ein solches Vorgehen zusätzliche Kosten für das Gesundheitswesen entstehen sollen, können wir in keiner Art und Weise nachvollziehen. Basierend auf unserer Erfahrung sind wir der Überzeugung, dass mit diesem Vorgehen viele unnötige Kosten in Form von nicht-indizierten Abklärungen, nicht-indizierten Therapien und Folgeschäden von verpassten indizierten Therapien eingespart werden können. Das kosteneffiziente ärztliche Handeln ist denn nicht nur im Lernzielkatalog für die Fachärztin/Facharzt Neurologie abgelegt, sondern widerspiegelt sich auch in der BASS-Studie der Einkommen der Ärzteschaft (Medianeinkommen 2014; Allgemeine Innere Medizin 241'205, Neurologie 262'105).

In diesem Zusammenhang ist auch herauszustreichen, dass für viele Patientinnen und Patienten mit chronischen neurologischen Erkrankungen wie Epilepsie, Parkinson und Multiple Sklerose, aber auch Migräne die Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie tatsächlich die Rolle eines ganzheitlich betreuenden Grundversorgenden wahrnehmen, da bei diesen komplexen Krankheitsbildern die oftmals langjährige Begleitung ohne Allgemeinmedizinerin oder Allgemeinmediziner stattfindet. Insbesondere für interkurrente Beschwerden mit Möglichkeit eines fehlenden Bezugs zur chronischen Grunderkrankung muss für diese Patientengruppe die Möglichkeit bestehen, sich primär an die ärztliche Person ihres Vertrauens wenden zu können, die ja die Neurologin oder der Neurologe ist. Und dies, ohne sich extra einen anderen Grundversorger suchen oder auf die Notfallstation gehen zu müssen.

Auf Grund dieser Überlegungen sind wir der festen Überzeugung, dass eine Zuweisung der Rolle als Erstberatungsstelle für Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie nicht nur für eine klar verbesserte Qualität in der Versorgung der vielen Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen führt sondern dass durch diese Zuweisung auch eine kosteneffizientere medizinische Versorgung für dieses Patientengut gewährleistet werden kann und die ökonomischen Auswirkungen auf die Gesamtgesellschaft verbessert werden können.

Wir beantragen deshalb, das Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie unter Art. 40a 3.a.4. (neu) berechtigt werden, die Funktion einer Erstberatungsstelle wahrzunehmen.

Art. 40a

Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr:

a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen;

b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist;

c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss.

3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:

a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:

1. Allgemeine Innere Medizin,

2. Kinder- und Jugendmedizin,

3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt,

4. Neurologie

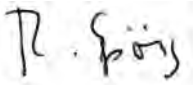
Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Überlegungen und stehen Ihnen bei Bedarf gerne für weiterführende Informationen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. med. H. Jung
Präsident SNG

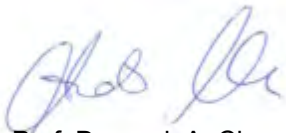
Prof. Dr. med. Peter Sandor
Vizepräsident SNG

Prof. Dr. med. B. Tettenborn
Präsidentin Schweizerische Epilepsie-Liga



Prof. Dr. R. Spirig
Präsidentin MS-Gesellschaft

Prof. Dr. med. A. Kälin
Präsident Swiss Movement Disorder Society



Prof. Dr. med. A. Chan
Mitglied des Wiss. Beirats MS-Gesellschaft

Prof. Dr. med. K. Nedeltchev
Präsident Schweizerische Hirnschlaggesellschaft

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Insel Gruppe AG

Abkürzung der Firma / Organisation : Insel

Adresse : Effingerstrasse 77, 3010 Bern

Kontaktperson : Nadia Akremi / Marcel Reinhard

Telefon : 031 664 13 04

E-Mail : nadia.akremi@insel.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Zielvorgabe Kostenentwicklung der OKP Die Insel Gruppe lehnt diesen Artikel ab und schliesst sich der Eingabe von H+ an. Betreffend das universitäre Setting der Insel Gruppe möchten wir jedoch ergänzend festhalten, dass der medizinische Fortschritt gerade im universitären Umfeld schnell und dynamisch ist. So kann der administrativ langwierige und aufwändige «Global-Budget-Prozess» kostenintensive Therapien wie bspw. Gentherapien (CAR-T) nicht rechtzeitig berücksichtigen. Die Hürden für die Einführung von innovativen Behandlungen werden dadurch noch höher als sie heute schon sind. Im operativen Bereich stellt sich betreffend die Massnahmen in den Tarifverträgen stellen sich Fragen, wie diese umgesetzt werden in Situationen, in welchen während mehreren Jahren kein Tarifvertrag zustande gekommen ist und mit provisorischen Tarifen gearbeitet wurde.
	Erstberatungsstelle Die Insel Gruppe lehnt die Einführung einer Erstberatungsstelle ab. Das Ziel einer Kostenreduktion durch Einführung einer Erstberatungsstelle wird bezweifelt. Im Gegenteil: Die Administrationskosten für alle beteiligten Leistungserbringer wird sich massiv erhöhen (bspw. bei strittigen Notfallbehandlungen werden die Abklärungskosten, wer die Rechnung bezahlen muss, explodieren). Zudem fördert der vorgesehene Mechanismus, dass die vorgesehene Pauschale (pro versicherte Person) an die Beratungsstelle bezahlt wird, auch wenn der Patient keine Leistungen bezogen hat, falsche Anreize. Beispiel: Die Erstberatungsstelle setzt die Hürden für die Erreichbarkeit absichtlich so hoch, dass der Patienten die Erstberatungsstelle gar nicht erst aufsucht oder zu spät aufsucht. Das wiederum führt zu höherem Patientenaufkommen in Notfallstationen und/oder bei Endversorger, welche einen 24/7-Betrieb gewährleisten. Die Erstberatungsstelle konkurriert die heutigen Versicherungsmodelle der Krankenversicherer. Und zwar nicht nur diejenigen Produkte in der Grundversicherung, sondern auch diejenigen im VVG. Sollten entgegen unserer ablehnenden Haltung gegenüber Erstberatungsstellen trotzdem solche eingeführt werden, erachtet es die Insel Gruppe als wichtig, dass auch ambulante universitäre Zentren (z.B. Polikliniken) als Erstberatungsstelle anerkannt würden. Diese tragen massgeblich zu Ausbildung der jungen Ärzteschaft bei (Ausbildungsauftrag).

	Koordinierte Versorgung Die Insel Gruppe lehnt die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sowie Programme der Patientenversorgung in dieser Form ab, da die Spitäler in den Vorschlägen nicht berücksichtigt sind. Wir begrüssen grundsätzlich eine koordinierte Versorgung. Es gibt jedoch bereits bestehende Strukturen, bspw. in der Form von Kooperationen zwischen Akutspitäler und Rehabilitationskliniken. Wir würden begrüssen, wenn der Bundesrat solche Kooperation stärkt, bspw. indem, dass die Versicherer solche Kooperationen in den Tarifverträgen finanziell begünstigen (müssen). Im vorliegenden Vorschlag können Spitäler nicht als Netzwerke der koordinierten Versorgung auftreten. Gerade die Spitäler können aber diese Rolle sehr gut ausüben. Beispiel: Der Patient tritt in der Notfall-Station ein. Das Spital führt die Notfallbehandlung und den Eingriff durch. Das Spital koordiniert die stationäre Rehabilitation sowie die ambulante Nachbetreuung mit seinen Partnern. Durch das Netzwerk profitiert der Patient von eingespielten, effizienten Abläufen, welche eine bessere Qualität begünstigen.
	Referenztarif Die Insel Gruppe begrüsst die vorgesehenen Anpassungen, sieht aber noch weiteren Handlungsbedarf. Es ist immer noch in der Kompetenz des Wohnkantons den Referenztarif festzulegen; wenn der Kanton selber über kein Universitätsspital verfügt, kann der Referenzpreis immer noch deutlich tiefer festgelegt werden, als der Basispreis des ausserkantonalen Universitätsspitals. Somit wird die freie Spitalwahl nach wie vor stark eingeschränkt. Die universitären Endversorger sollten daher von der vorgesehenen Festsetzung des Referenzpreises ausgenommen werden oder die Kantone sollten einen Referenztarif «Universitätsspital» festlegen, welcher sich an den Baserates von Universitätsspitälern orientiert. Alternativ könnte bestimmt werden, dass die universitäre Behandlung ist in jedem Fall zum Basispreis des Standortskantons abzurechnen sei. Dies würde den administrativen Aufwand bei den Kantonen, Versicherer und Spitäler stark erleichtern (heute muss für jeden ausserkantonalen Patienten eine Kostengutsprache eingeholt werden) und Verzögerungen bei geplanten Behandlungen verhindern.
	Elektronische Rechnungsübermittlung Die Insel Gruppe lehnt diesen Artikel ab. Es ist Sache der Tarifpartner und muss nicht gesetzlich geregelt werden. Die Tarifpartner sind bereits jetzt daran interessiert einen optimalen administrativen Prozess zu definieren. Vgl. dazu das Projekt SHIP von diversen Krankenversicherern und Spitälern.
	Rückerstattungen

	Artikel 52b, Abs 1 ist allenfalls in Widerspruch mit Art. 56, Abs. 3bis KVG + KVV 76 betreffend nicht vollständiger Weitergabe der Vergünstigungen. Zumindest sollten die Abhängigkeiten geklärt werden zwischen dieser Rückerstattung, die der Bund verlangen kann und den nicht vollständigen Weitergaben von Vergünstigungen gemäss VITH.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Interpharma

Abkürzung der Firma / Organisation : iph

Adresse : Petersgraben 35, Postfach, 4009 Basel

Kontaktperson : Kathrin Eliasson

Telefon : 061 264 34 35

E-Mail : kathrin.eliasson@interpharma.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 26

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 27

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
iph	**Beitrag der Pharmaindustrie zur Kostendämpfung** Interpharma setzt sich ebenso für ein nachhaltig finanziertes Gesundheitswesen ein. Die Pharmabranche trägt mit den gesetzlich eingeführten **3-jährlichen Preissenkungsrunden** laut Bundesrat Berset jährlich mit einer Milliarde CHF an Einsparungen für das Gesundheitswesen bei. Die forschenden pharmazeutischen Firmen stehen auch in Zukunft zu diesen 3-jährlichen Preissenkungsrunden und leisten damit einen gewichtigen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten. Arzneimittel machen unverändert rund 12% der Gesundheitsausgaben aus. Die bisher geleisteten Beiträge der Pharmabranche zur Kostendämpfung sind hingegen deutlich höher als der Anteil der Arzneimittel an den Gesundheitsausgaben.
iph	**Zugang für Patientinnen und Patienten zur Innovation in der Grundversicherung** Das **Zulassungs– und Vergütungssystem** sollte sich dringend mit den wissenschaftlichen und technologischen Fortschritten weiterentwickeln. Für Innovationen muss das Vergütungsverfahren des BAG stärker an die beschleunigten Zulassungsverfahren von Swissmedic angebunden werden. Zudem basiert eine zeitgemässe Preisfestsetzung auf einer breiten Nutzen-Kosten-Evaluation. Dabei werden der direkte Nutzen für den Patienten, der Nutzen für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft sowie alle Kostenfolgen berücksichtigt. Der Zugang der Schweizer Patienten zu innovativen Arzneimitteln in der OKP ist heute aufgrund deren stark verzögerter Aufnahme in die Spezialitätenliste eingeschränkt. Die Pharmabranche fordert, dass die Patienten in der OKP Zugang ab dem Tag der Swissmedic-Zulassung erhalten. Dazu sind die Pharmafirmen bereit, mit Vergütungsmodellen, wie sie im KP2 vorgeschlagen werden, eine rasche zeitlich befristete Aufnahme zu ermöglichen. Das SL-Aufnahmeverfahren ist für Innovationen parallel zum Swissmedic-Aufnahmeverfahren zu führen und an die **wissenschaftlichen und technologischen Fortschritte** anzupassen. Zudem ist der Prozess zur Vergütung von Impfstoffen und ATMPs[1] zu komplex und verhindert den beschleunigten Zugang zu wichtiger Innovation für die Prävention und neue Therapieformen. Mit der raschen zeitlich befristeten SL-Aufnahme kann die **Vergütung im Einzelfall** nach Art. 71a-d KVV auf echte Einzelfälle reduziert werden. Interpharma schlägt vor, den **Zugang ab dem Tag der Swissmedic-Zulassung für Arzneimittel der Spezialitätenliste** auf Gesetzesstufe festzulegen.

[1] Advanced Therapy Medicinal Products, beispielsweise Gentherapien

iph	**Zukunftsgerichtete Qualitätsagenda für das Schweizer Gesundheitswesen und für die Stärkung des Innovationsstandortes Schweiz** Insgesamt trägt der einseitige Fokus der Vorlage auf Kostendämpfung wenig zu einem zukunftsgerichteten, nachhaltigen und qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen bei. Im Gegenteil droht mit den vorgeschlagenen Massnahmen ein Bürokratisierungsschub. Leistungen und Qualität für Patienten werden beschnitten, der Zugang zur Innovation behindert und der Innovationsstandort geschwächt. Interpharma fordert anstelle einer einseitigen Kostendämpfung eine **zukunftsgerichtete Qualitätsagenda** für ein nachhaltiges Schweizer Gesundheitswesen. Die Pharma-Innovationen und der Pharma-Standort sind nicht nur eine tragende Säule des Wohlstandes in der Schweiz, sondern auch eines nachhaltigen, zukunftsgerichteten Gesundheitswesens. Eine zukunftsgerichtete Qualitätsagenda fördert **medizinische und technologische Innovationen** und stärkt die verantwortungsvolle **Nutzung von Gesundheitsdaten**. Dies stärkt das Gesundheitswesen und den Innovationsstandort Schweiz. Die Bedeutung eines hochstehenden Gesundheitswesens, von Pharma-Innovationen sowie der Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten zeigen sich in der aktuellen pandemischen Krise sehr deutlich. Anstelle des einseitigen Fokus auf Kostendämpfung, sollte das KVG Fortschritt belohnen und unnötige Kosten sollten eingespart werden. Es soll den Nutzen für die Patienten ins Zentrum der Gesundheitspolitik stellen und ein hochwertiges Gesundheitsdaten-Ökosystem unterstützten. Auch das Beispiel der Antibiotikaresistenzen und die mangelnde Entwicklung neuartiger Impfstoffe und Antibiotika zeigen, welche Folgen eine ungenügende Belohnung für Innovation haben kann.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Iph	32	3		**Interpharma lehnt diese Bestimmung vehement ab und beantragt deren Streichung.** Bei Art. 32 Abs. 3 VE-KVG handelt es sich um einen fundamentalen Artikel, denn er regelt die Anforderungen an sämtliche Leistungen im KVG. Er stellt eine äusserst weitreichende Delegationsnorm dar, die aus staatspolitischer Sicht fragwürdig ist. Der Bundesrat könnte ohne Einbezug des Gesetzgebers sämtliche Regeln für die WZW-Überprüfung anpassen. Dies untergräbt jegliche Planbarkeit und Rechtssicherheit. Der Bundesrat will damit die Rechtsgrundlagen für eine möglichst kostengünstige Vergütung schaffen und diesem Ziel Vorrang einräumen. Damit würde bei der Vergütung der Nutzen für Patienten, für das Gesundheitswesen, für andere Sozialversicherungen und für die Gesellschaft in den Hintergrund treten. Das schädigt die Qualität des Gesundheitswesens und hemmt die Innovation und den Zugang für Patientinnen und Patienten zu optimalen Behandlungen. Dies ist nicht vereinbar mit dem bedeutenden Forschungs- und Innovationsstandort Schweiz. **Interpharma lehnt diese Bestimmung vehement ab und beantragt deren Streichung.** Eine seriöse Folgenabschätzung dieses fundamentalen Artikels mit der weitreichenden Delegationsnorm ist für die einzelnen OKP-Leistungsbereiche nicht möglich. Art.	~~*Art. 32 Abs. 3*~~ ~~[3] Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.~~

				32 Abs. 3 VE-KVG soll die Grundlage dafür bilden, den Vorrang der kostengünstigsten Vergütung bei allen OKP-Leistungen umsetzen zu können. Ohne Kenntnis der Umsetzungsbestimmungen in der Verordnung ist deshalb eine Beurteilung nicht möglich. Es muss hingegen bezweifelt werden, ob Art. 32 Abs. 3 VE-KVG überhaupt verfassungskonform ist. Zwar können Rechtssetzungsbefugnisse übertragen werden, aber nur soweit es die Bundesverfassung zulässt (Art. 164 Abs. 2 BV). Sämtliche wichtigen gesetzlichen Bestimmungen sind in Form des Bundesgesetzes zu erlassen. Bei der Einführung des Vorrangs der kostengünstigsten Vergütung bzw. des Kostengünstigkeitsprinzips handelt es sich zweifellos um eine wichtige Bestimmung. Im erläuternden Bericht finden sich keine Hinweise auf Massnahmen auf der Verordnungsebene für Leistungen nach Artikel 25-31 KVG ausser für Arzneimittel. Bei den vorgesehenen Massnahmen für Arzneimittel sind drei besonders problematisch. *Kostengünstigkeitsprinzip* Ein solches Prinzip würde von mehreren Preisfestsetzungselementen jeweils nur das tiefere berücksichtigen. Der Preis könnte demnach nur nach einem Auslandpreisvergleich (APV), nur nach einem therapeutischen Quervergleich (TQV) oder nur nach einem anderen auf Verordnungsstufe definierten Preiskriterium erfolgen. Das für die Preisfestsetzung jeweils relevante Preiskriterium kann von Überprüfung zu Überprüfung wechseln. Eine kostengünstige Arzneimittelversorgung wird heute durch die hälftige Gewichtung von APV und TQV erreicht. Mit der Einführung des	

				Kostengünstigkeitsprinzips würden der Nutzen von Forschung und Entwicklung nicht mehr berücksichtigt und Innovation gehemmt. Hinzu kommt, dass lediglich die Erläuterungen ein «Kostengünstigkeitsprinzip» erwähnen, dem Wortlaut von Art.32 Abs.3 VE-KVG jedoch nichts dergleichen zu entnehmen ist und auch insofern aus ihm auch kein solches Prinzip ableitbar ist. Es ist bedenklich, dass sich der Vorschlag für eine solch gewichtige Regelung nicht dem Wortlaut der Vorlage entnehmen lässt, sondern lediglich den Erläuterungen. Eine Preisfestsetzung, die den Nutzen neuer Medikamente und das Nutzen-Kosten-Verhältnis nicht berücksichtigt, lehnen die forschenden pharmazeutischen Firmen grundsätzlich ab. Das Kostengünstigkeitsprinzip untergräbt die Planbarkeit und würde zu grosser Rechtunsicherheit führen. Es würde zu weiteren Verzögerungen bei Kostenübernahme-Entscheiden für Arzneimittel führen, die Zugangsproblematik weiter verschärfen und die Versorgungssicherheit in der Schweiz bedrohen. Als Folge würden weniger Produkte und weniger neue Indikationen in die Schweiz eingeführt werden. Dies beeinträchtigt nicht nur die Versorgungssicherheit, sondern schwächt auch den Investitionsstandort. Das Kostengünstigkeitsprinzip missachtet den Nutzen von Innovation systematisch und ist deshalb mit einem nachhaltigen Zugang der Patienten zu innovativen Behandlungen nicht vereinbar. Es ist dem Innovationsstandort Schweiz unwürdig. Interpharma lehnt das Kostengünstigkeitsprinzip strikte ab.	

				Jährliche Preisüberprüfung Die dreijährliche Preisüberprüfung hat sich bewährt und führte bis 2019 jährlich zu Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe. Laut Bundesrat Berset kann damit jährlich über eine Milliarde Franken eingespart werden. Interpharma bekennt sich auch in Zukunft zur Weiterführung der dreijährlichen WZW-Überprüfung. Die Pharmaindustrie ist die einzige Branche, deren Preise direkt vom Wechselkurs abhängen. Wird der Schweizer Franken stärker, sinken die Preise über den APV automatisch. Wird der Franken schwächer, werden die Preise jedoch nicht erhöht. Zudem kann der Wechselkurs stark schwanken. Der dreijährliche Überprüfungsrhythmus trägt diesen Umständen Rechnung indem er das Währungsrisiko teilweise mindert. Bei einem jährlichen Rhythmus müssten automatische Preiserhöhungen aufgrund von Wechselkursschwankungen eingeführt werden. Die für die WZW-Überprüfung einzureichenden Unterlagen bedeuten einen beträchtlichen Aufwand für die betroffenen Firmen und für das BAG. Wir gehen davon aus, dass die Einsparungen bei einer jährlichen Preisüberprüfung erheblich tiefer wären als bei einer dreijährlichen Überprüfung, sodass sich der entstehende Aufwand dafür nicht rechtfertigen liesse. In Anbetracht der Verspätungen des BAG bei den bisherigen Überprüfungen ist auch fraglich, ob eine jährliche Überprüfung ohne nochmals erhöhten kostspieligen personellen Aufwand im BAG realistisch wäre. Interpharma lehnt eine jährliche Preisüberprüfung ab	

				und hält an der dreijährlichen Überprüfung fest. *Differenzierte WZW-Prüfung* Bereits heute ist die Umsetzung der für alle Leistungen geltenden WZW-Kriterien lückenhaft und ungleich. Obwohl Arzneimittel nur 12% der Gesundheitskosten ausmachen, werden sie als einziger Leistungsbereich systematisch überprüft und tragen so bereits heute überproportional zur Kostendämpfung bei. Die Originalhersteller tragen dabei den überwiegenden Teil der Einsparungen. Eine differenzierte WZW-Überprüfung sollte die Ungleichbehandlung zwischen Arzneimitteln und anderen Leistungen nicht noch weiter verschärfen und den Zugang zu innovativen Arzneimitteln in der Grundversicherung und die Versorgungssicherheit nicht gefährden. Interpharma lehnt eine generelle Delegationsnorm zur differenzierten WZW-Prüfung ab, unterstützt aber eine gezielte Erweiterung und gezielte Differenzierung der bestehenden Kriterien für Arzneimittel der Spezialitätenliste. Eine bedeutende Erweiterung stellen die international breit angewandten, vertraulichen Vergütungsmodelle dar, die mit Art. 18 Abs. 2^{septies}b, Art. 52b, Art. 52c VE-KVG eingeführt werden sollen. Bereits heute werden zu Recht auf Verordnungsstufe differenzierte Kriterien bspw. für patentgeschützte Medikamente sowie für Generika und Biosimilars angewendet. Interpharma ist der Ansicht, dass weitere Differenzierungen für bestimmte Medikamentengruppen vorgenommen werden sollten, bei denen das Vergütungssystem heute an seine Grenzen stösst. Dazu gehören Kombinationstherapien,	

				Kombinationspräparate, Multiindikationspräparate sowie Indikationserweiterungen und Limitierungsänderungen. Die gesetzliche Grundlage für verbindliche Regelungen sollten jedoch nicht in Art. 32 KVG gelegt werden, der alle Leistungen betrifft, sondern in einem neuen Art. 52x VE-KVG, der Arzneimittel der Spezialitätenliste spezifisch regelt (siehe unten). Laut erläuterndem Bericht sollen bei einer differenzierten WZW-Überprüfung «besondere Entwicklungen in der Medizin und auf dem schweizerischen Markt» berücksichtigt werden und Produkte, «die lokal und noch nicht industriell für den internationalen Markt hergestellt werden» anderen Grundsätzen und Berechnungsmethoden bei der Preisbildung unterzogen werden können. Eine Diskriminierung ausländischer Hersteller oder von Produkten, die heilmittelrechtliche Anforderung nicht erfüllen, wäre mit den vertraglichen Verpflichtungen der Schweiz, mit einem erfolgreichen Innovationsstandort und mit der Exportnation Schweiz nicht vereinbar. Eine differenzierte WZW-Überprüfung darf nicht zu Ungleichbehandlungen führen, die das Gebot der Gleichbehandlung in Art. 8 BV verletzen. Eine Ungleichbehandlung muss durch hinreichend unterschiedliche Sachverhalte gerechtfertigt sein. Zusammengefasst würde Art. 32 Abs. 3 VE-KVG nicht nur den Zugang und die Versorgungssicherheit in Bezug auf innovative Arzneimittel und andere innovative Behandlungen in der Grundversicherung gefährden, sondern auch dem Innovations- und Exportstandort schaden. Interpharma lehnt den Artikel daher	

				entschieden ab.	
iph	32	1bis 1ter 1quater		***Interpharma Vorschlag für Anpassungen von Art. 32: Konkretisierung der WZW-Kriterien*** Anstelle der vorgeschlagenen Bestimmung in Art. 32 Abs. 3 VE-KVG sollten die WZW-Kriterien im KVG dahingehend konkretisiert werden, dass bei Vergütungsentscheiden die Ziele einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens und der rechtsgleiche und breite Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen und der Innovation berücksichtigt werden. Die wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritte, die Versorgungssicherheit und der Nutzen für Patienten und die Gesellschaft sind durch eine geeignete Methodik bei jeder WZW-Prüfung zu berücksichtigen und therapeutische Fortschritte zu honorieren. Interpharma schlägt die folgenden Präzisierungen in Art. 32 vor, die für alle Leistungen gelten. *<u>Wirksamkeit</u>* *[1bis] Die Wirksamkeit muss nach quantitativen oder qualitativen wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.* Diese Formulierung stellt eine Präzisierung zum heutigen Recht dar. Dieses verlangt bereits heute nicht ausschliesslich streng naturwissenschaftliche Nachweise für die Wirksamkeit (Vgl. BGE 133 V 115 E. 3.2.1 mit weiteren Hinweisen). Namentlich sind auch andere Wirksamkeitsnachweise als kontrollierte klinische Studien zuzulassen. Heute wird der Nachweis der Wirksamkeit – obwohl gesetzlich eigentlich nicht vorgesehen – zu einseitig ausgelegt, da nur klinisch	*[1bis] Die Wirksamkeit muss nach quantitativen oder qualitativen wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.* *[1ter] Eine Leistung ist zweckmässig, wenn sie medizinisch indiziert ist.* *[1quater] Der Nutzen der Leistung für den Patienten und die Gesellschaft ist bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit angemessen zu berücksichtigen.*

				kontrollierte Studien als Wirksamkeitsnachweis genügen. Der Absatz stellt sicher, dass bei der Wirksamkeit der wissenschaftliche und technologische Fortschritt berücksichtigt wird. Bereits heute können mit der Verknüpfung von Daten aus traditioneller und «neuer» Evidenz Therapien besser entwickelt, individuell angepasst und laufend optimiert werden. Begrenzt wirksame oder unnötige Therapien können so identifiziert und reduziert werden, was OKP Kosten einspart. Patientinnen und Patienten sollten zudem von den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, beispielsweise von regionalen und nationalen Expertengremien wie bspw. Tumorboards profitieren. Die Bedeutung von datengestützten Wirksamkeitsnachweisen ausserhalb der traditionellen Studienformen wird in den nächsten Jahren stark zunehmen. Eine Präzisierung der Wirksamkeit ist deshalb für die Zukunftsfähigkeit der OKP von grosser Bedeutung. *<u>Zweckmässigkeit</u>* *[1ter] Eine Leistung ist zweckmässig, wenn sie medizinisch indiziert ist.* Die Zweckmässigkeit wird derzeit vielfach umständlich und schwer verständlich definiert. Sie betrifft den aktuellen Behandlungsfall und ist im Einzelfall zu verneinen, wenn aus medizinischer Sicht die Risiken die Chancen übersteigen. Eine generell fehlende Zweckmässigkeit für die Vergütung ist nur dann gegeben, wenn die zur Diskussion stehende Leistung ganz generell nicht oder weniger indiziert ist als eine	

				andere zur Verfügung stehende Behandlung. Allenfalls sind bspw. bei einer Behandlung Einschränkungen auf bestimmte Situationen oder Indikationen vorzunehmen, bei denen sie besser oder gleich gut wirkt wie eine andere Behandlung. Eine Konkretisierung der Zweckmässigkeit auf die medizinische Indikation einer spezifischen Massnahme bringt diese Definitionen auf den wesentlichen Punkt. *Wirtschaftlichkeit* *1quater Der Nutzen der Leistung für den Patienten und die Gesellschaft ist bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit angemessen zu berücksichtigen.* Das KVG ist dahingehend zu präzisieren, dass nicht nur der medizinische Nutzen, sondern der Nutzen allgemein – für den Patienten, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft – zu berücksichtigen ist. Lassen sich mit einer Leistung erhebliche Einsparungen erzielen (z.B. Vermeidung von Krankheitsfolgekosten wie Arbeitsausfall, Sozialversicherungen, etc.), soll dieser Nutzen bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung angemessen berücksichtigt werden. Die Einzelheiten sind auf Verordnungsstufe zu regeln. Das Ziel einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten ist im geltenden Recht in Art. 43 Abs. 6 KVG als Grundsatz für Tarife und Preise bereits festgehalten. Dieser Artikel kann jedoch nicht derart einseitig ausgelegt werden, dass ein Sparsamkeitsgebot dem anderen Ziel einer hochstehenden und zweckmässigen Versorgung vorgeht. Der Vernehmlassungsvorlage stützt sich auf das Primat	

				eines Sparsamkeitsgebots, welches das KVG in dieser Form gar nicht kennt. Die reine Fokussierung auf die Kosten der Leistung in der Vorlage greift zu kurz, da der mit einer Leistung einhergehenden Nutzen unberücksichtigt bleibt. Mit der vorgeschlagenen Formulierung wird präzisiert, dass bei der Wirtschaftlichkeit auch der Nutzen der Leistung berücksichtigt werden muss.	
Iph	18	2	B	Interpharma begrüsst einen Fonds für Rückerstattungen nach Art. 52b, da er die Umsetzung von Preis-Volumen-Modellen ermöglicht.	
iph	52b	1		Interpharma unterstützt die in Art. 52b Abs. 1 VE-KVG vorgeschlagene Vorleistung durch die Versicherer und beide in Lit. a und Lit. b festgehaltenen Rückzahlungsmodalitäten. Um den Fonds für Rückerstattungen in Lit. b zu ermöglichen, ist auch die Änderung von Art. 18 Abs. 2^{septies} Lit. b VE-KVG zu unterstützen. Interpharma unterstützt grundsätzlich die Regelung von Modellen auf Verordnungsebene wie in Art. 52b Abs. 3 VE-KVG vorgeschlagen. Der Ausgestaltung der Modelle in der Verordnung kommt eine grosse Bedeutung zu. Unabdingbar dafür ist die Flexibilität, verschiedene Arten von Preismodellen zu nutzen, die auf die jeweilige Situation angepasst sind. Insbesondere wenn der TQV nicht durchführbar ist, sollen Modelle eine WZW-konforme Lösung ermöglichen. Die Industrie ist bereit, hier gemeinsam mit dem BAG praktikable Lösungen zu erarbeiten und eine Toolbox für verschiedene Modelle zu vereinbaren. Preismodelle sind nicht bloss als Möglichkeit der Preisreduzierung zu betrachten, sondern	

				sollen dazu dienen, den Zugang bei erhöhter Unsicherheiten bezüglich der Wirksamkeit oder den Kostenfolgen besser abzubilden und zu ermöglichen. Die Pharmabranche ist bereit, bei anfänglich bestehenden Unsicherheiten mit Modellen wie Pay-for-Performance oder Volumen-basierten Modellen die Risiken zu teilen (Risk sharing)	
lph	52c			Interpharma unterstützt Art. 52c E-KVG, wonach die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b von Gesuchen nach Art. 5 des BGÖ ausgenommen werden können. Alle an an der Umsetzung von Preismodellen beteiligten Akteure erhalten die notwendigen Informationen.	
lph	52	1		Einleitungssatz Gemäss erläuterndem Bericht soll der Einleitungssatz auf den gesamten Artikel 32 KVG ausgeweitet werden anstatt wie bisher auf Abs. 1. Damit soll der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung spezifisch auf Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände angewendet werden. Die Honorierung des Mehrwerts von neuen Behandlungen und eine verstärkte Nutzen-Kosten-Betrachtungen würden damit in den Hintergrund treten, was die Zugangsproblematik weiter verschärfen und die Versorgungssicherheit in der Schweiz bedrohen würde. Siehe auch Kommentar zu Art. 32 Abs. 3. Interpharma lehnt diese Änderung strikte ab.	
lph	52x				*Wirksamkeit bei Arzneimitteln:* In einem neuen Art. 52x sollte eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, damit die neusten wissenschaftlichen

					Methoden zum Wirksamkeitsnachweis berücksichtigt werden können. Aktuell werden sowohl für die Zulassung als auch insbesondere für die Vergütung von Arzneimitteln klinisch kontrollierte Studien (Phase III Studien) als Wirksamkeitsnachweis verlangt. Aufgrund des medizinischen Fortschritts greifen diese Nachweise aber zu kurz. Innovative Therapien basieren auf Daten, welche aufgrund von zielgerichteten und personalisierten Therapien gewonnen wurden. Schon heute ermöglichen innovative Therapieansätze es, gezielte Behandlungsoptionen für Patienten auszuwählen. Dadurch können die Überlebenschancen verbessert und unnötige Verfahren und Behandlungen verringert werden. Im schweizerischen Gesundheitssystem sollten die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit die Patienten von den medizinischen und technologischen Innovationen weiter profitieren können. Daten aus traditionellen klinischen Forschungsstudien (Phase III Studien) werden zunehmend mit Daten aus der «realen klinischen Praxis» (wissenschaftliche Erkenntnisse), mit von Patienten selbst erhobenen Daten und der Diagnostik (u.a. Biomarker) gewonnen bzw. verknüpft.

					Swissmedic ist dazu übergegangen, Zulassungen auch auf der Basis solcher Evidenz auszusprechen. Aufgrund dieser Daten bzw. der Verknüpfung von Daten mit traditioneller und «neuer» Evidenz können Therapien besser entwickelt, individuell angepasst und laufend optimiert werden. Begrenzt wirksame oder unnötige Therapien können so identifiziert und reduziert werden, das heisst es werden OKP Kosten eingespart. Als Wirksamkeitsnachweise sollen deshalb neben klinisch kontrollierten Studien (Phase III Studien) namentlich auch systematische Datenerhebungen berücksichtigt werden sowie diagnostische Erkenntnisse mit datenbasierter Unterstützung die Wahl der Behandlung bestimmen. Weiter sollten andere wissenschaftlich nachprüfbare Nachweise betreffend die Wirksamkeit ebenfalls einbezogen werden können, so auch Informationen von künstlicher Intelligenz. Zudem sollen auch die Empfehlungen von anerkannten wissenschaftlichen Fachexperten als Wirksamkeitsnachweise berücksichtigt werden. So kann sichergestellt werden, dass die Patienten von den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, beispielsweise von regionalen und nationalen Expertengremien (mit interdisziplinären Experten, z.B. Tumorboard von Spitälern oder Referenzzentren bei seltenen

					Krankheiten), profitieren. Bei seltenen Krankheiten ist zudem deren Häufigkeit bei der Wirksamkeitsbeurteilung zu berücksichtigen, da aufgrund ihrer Seltenheit nicht die gleich hohen Anforderungen gelten können wie bei Arzneimitteln mit häufigerem Auftreten. Auch bei der Vergütung im Einzelfall (Art. 71a-d) sollten sinngemäss bei der Beurteilung des therapeutischen Nutzens die neusten wissenschaftlichen Methoden zum Wirksamkeitsnachweis berücksichtigt werden. Gleiches gilt für die Beurteilung von Arzneimitteln gegen Geburtsgebrechen. *Zweckmässigkeit bei Arzneimitteln:* Das Ziel einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung mit Arzneimitteln sollte in Art. 52x explizit festgehalten werden. Ein für alle Grundversicherten gleicher Zugang zu Arzneimitteln ist durch die verbindliche Spezialitätenliste am besten sichergestellt. *Wirtschaftlichkeit bei Arzneimitteln:* Auf Verordnungsstufe sollte der vorgeschlagene Art. 32 Abs. 1^{quater} auch für Arzneimittel konkretisiert werden. Art. 52x sollte vorsehen, dass bindende Regelungen auf Verordnungsstufe insbesondere, aber nicht ausschliesslich, für folgende

					Arzneimittelgruppen festgelegt werden: Kombinationstherapien, Kombinationspräparate, Multiindikationspräparate, Biosimilars, ATMPs, Impfstoffe, Indikationserweiterungen und Limitierungsänderungen. *Überprüfung der Wirtschaftlichkeit bei Arzneimitteln:* Beim Überprüfungsrhythmus sollte zwischen patentgeschützten und patentabgelaufenen Arzneimitteln differenziert werden können. Zudem sollten Beschränkungen der WZW-Überprüfung auf die Beurteilung eines einzelnen Kriteriums möglich sein. Art. 52x sollte die rechtlichen Grundlagen für eine berechenbare und sachgerechte differenzierte Regelung schaffen. *Eingliederung der Vergütungsmodelle in Art. 52x:* Vergütungsmodelle stellen eine wesentliche Erweiterung der Preisfestsetzungskriterien und damit ebenfalls eine Differenzierung des Wirtschaftlichkeitskriteriums dar. Es wäre deshalb sinnvoll, die in Art. 18 Abs. 2^{septies}, Art. 52b, Art. 52c VE-KVG vorgesehenen vertraulichen Vergütungsmodelle in Art. 52x zu integrieren.
				Interpharma begrüsst grundsätzlich Änderungen in der Invalidenversicherung, die die Vergütung von	

				Arzneimitteln besser regeln und die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen schaffen. Dabei ist der Zweck des IVG zur Eingliederung und für einen Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten voll zu respektieren. Der schnelle Patientenzugang zu Behandlungen ist bei Geburtsgebrechen besonders wichtig. Der Vorrang der kostengünstigsten Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 VE-KVG ist insbesondere auch für das IVG entschieden abzulehnen. **Im Übrigen sollen die Vorschläge von Interpharma bezüglich KVG auch für das IVG sinngemäss Anwendung finden.**	
Iph	14/14ter	IVG		Interpharma unterstützt grundsätzlich Art. 14 Abs. 2 E-KVG, wonach die WZW-Kriterien sinngemäss angewendet werden, die Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss und dabei im Fall von seltenen Krankheiten die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt wird. Die sinngemässe Anwendung der WZW-Kriterien des KVG muss dem Zweck des IVG entsprechend breiter ausfallen. Im Gegensatz zum IVG ist das KVG auf einzelne Leistungen ausgerichtet. Es ist deshalb unabdingbar, dass sich die Umsetzung der WZW-Kriterien bei der Führung einer Arzneimittelliste im IVG von der Umsetzung der WZW-Kriterien für die Spezialitätenliste unterscheidet. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im Hinblick auf die Eingliederung und den Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten zu beurteilen. Entsprechend unserem Vorschlag für eine genauere Definition der WZW-Kriterien in Art. 32 KVG,	

				sollen auch für die Vergütung im IVG qualitative und quantitative wissenschaftliche Methoden zur Beurteilung der Wirksamkeit angewendet werden. Interpharma unterstützt die in Art. 14ter Abs. 3 und 4 VE-IVG vorgeschlagene Regelung der Vergütung von Arzneimitteln. Interpharma unterstützt grundsätzlich auch eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen wie in Art. 14ter Abs. 5 VE-IVG vorgeschlagen. Eine direkte Anwendung der für die Spezialitätenliste konkretisierten WZW-Kriterien unter Missachtung des Zweckes des IVGs lehnen wir jedoch ab. Ein Kostengünstigkeitsprinzip im IVG lehnen wir dezidiert ab. Interpharma unterstützt die Möglichkeit von Preismodellen mit eingeschränkter Transparenz, wie in Art. 14ter Abs. 6, 7 und 8 VE-IVG.	
Iph	33 35 36b 48a	3bis 2	o	**Integrierte Versorgung** Interpharma unterstützt grundsätzlich die Förderung der integrierten Versorgung und Programme der Patientenversorgung. Gesundheitsfachleute sind sich weitgehend einig, dass das Schweizer Gesundheitswesen noch grosses Potenzial hat, sowohl die Qualität zu steigern als auch Leistungen effizienter zu erbringen. Die Förderung sollte jedoch über Anreize für die Leistungserbringer erfolgen. Zu den Sparpotenzialen gehört unter anderem der Systemwechsel zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), für den sich Interpharma mit weiteren Stakeholdern engagiert	

				(www.pro-efas.ch). Dadurch würde die integrierte Versorgung gefördert, da mit EFAS das Potential deutlich besser ausgeschöpft werden kann. Die eingesparten Kosten können vollumfänglich als Prämienrabatte an die Versicherten weitergegeben werden.	
Iph	40a 40b 40c 40d 41 41a			**Erstberatungsstelle** Interpharma lehnt einen Zwang zur Erstberatungsstelle und damit die Einschränkung der freien Arztwahl und der Verschreibungsfreiheit ab. Die Einführung einer Erstberatungsstelle ist insbesondere im Zusammenhang mit Zielvorgaben problematisch. Dadurch verschlechtert sich die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten. Es besteht die Gefahr, dass Gesundheitsleistungen rationiert werden. Eine mögliche Gefahr kann am Beispiel der seltenen Krankheiten verdeutlicht werden, für welche die Diagnosefindung bereits heute eine grosse Herausforderung darstellt. Diese könnte mit dem Zwang einer Erstberatungsstelle noch weiter verzögert werden (Verhinderung von Zweitmeinung).	
Iph	54 54a 54b 54c 54d			**Kostenziele** Interpharma lehnt Zielvorgaben und Kostendächer im Gesundheitswesen sowohl auf nationaler wie auch auf kantonaler Ebene grundsätzlich ab. Der vorgeschlagene Prozess droht, einen grossen bürokratischen Aufwand zu verursachen. Zielvorgaben bergen die Gefahr, dass medizinische Leistungen rationiert und die Patienten dadurch schlechter versorgt werden. Ausserdem bremsen oder verhindern sie	

				notwendige Investitionen, was langfristig die Qualität senkt und Kosten und Ineffizienz treibt. Der Vorschlag wonach Zielvorgaben für sämtliche Kostenblöcke inklusive der Medikamente auf Kantone aufgeteilt würde, ist systemwidrig. Da die Preise für Arzneimittel auf nationaler Ebene festgelegt werden, macht eine Steuerung durch die Kantone keinen Sinn. Eine Mengensteuerung durch die Kantone würde einem Flickenteppich kantonaler Rationierungen gleichkommen. Zudem wären jährliche Zielvorgaben im Arzneimittelbereich schädlich. Aufgrund von Patentabläufen, Neueinführungen und Strukturveränderungen unterliegt der Pharmamarkt grossen Schwankungen, während die langfristige Entwicklung im Vergleich zu anderen Kostenblöcken seit 20 Jahren stabil ist. Bei Therapiedurchbrüchen wie beispielsweise gegen Hepatitis C oder bei Interventionen im Zusammenhang mit Epidemien kann es zu zeitlich begrenzten Kostenverschiebungen kommen, die aber mittel- und langfristig Kosten im Gesundheitswesen und anderen Sozialversicherungen sparen, da Krankheiten wirksamer und schneller geheilt werden. Interpharma unterstützt ein lösungsorientiertes Horizon Scanning, das alle Akteure einbezieht und zum Ziel hat, die Ressourcen im Gesundheitswesen besser zu planen.	
Iph	21			**Daten der Versicherer** Interpharma begrüsst mehr Transparenz über die aggregierten Kosten, welche die unterschiedlichen Leistungen im Gesundheitssystem verursachen. Nur	

				wenn Fakten und Zahlen bekannt sind, können evidenzbasierte Entscheidungen erfolgen. Es ist allerdings wichtig, dass die Daten der Versicherer über aggregierte Kosten nicht nur dem BAG zur Verfügung stehen, sondern in Erweiterung der BFS-Statistiken auch publiziert werden und der Öffentlichkeit in einem datenschutzkonformen Format zugänglich sind. Die Weitergabe von Kosten-Daten pro Person lehnt Interpharma ab. Dies gilt insbesondere bei Arzneimitteln, da die Vertraulichkeit von Preismodellen sonst hinfällig würde.	
Iph	42a	2-3		**Elektronische Rechnungsübermittlung** Interpharma begrüsst die Massnahmen der elektronischen Rechnungsübermittlung und die technologische Weiterentwicklung der Versichertenkarte. Diese Schritte zur Nutzung der Digitalisierung ermöglichen Effizienzgewinne und wirken damit kostensparend.	
				Erfassung und Nutzung von Gesundheitsdaten In Ergänzung der Kostenbetrachtung ist die Erfassung und Nutzung von Qualitätsdaten zu fördern. Qualitätsdaten sind essentiell in der Beurteilung und Weiterentwicklung fortschrittlicher Gesundheitssysteme. Kosten- und Qualitätsdaten sollten eine evidenzbasierte Weiterentwicklung, Wertorientierung und Innovationstätigkeit im Schweizer Gesundheitswesen prägen. Dafür ist ein gemeinsamer Rahmen notwendig. Bisher konzentrierte sich der Bund auf die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD), um die Nutzung von Gesundheitsdaten im Behandlungspfad zu erleichtern. Die Einführung ist schnell und unter	

				Abschaffung der doppelten Freiwilligkeit des EPD voranzutreiben. Das Potential von Gesundheitsdaten ist allerdings viel breiter, wie es auch die «Strategie Gesundheit 2030» des Bundes mit dem Ziel «Förderung der Digitalisierung und Nutzung der Daten» darlegt. Interpharma fordert einen breit abgestützten, strukturierten Dialog unter Leistungserbringern, Technologieanbietern und Versicherern, mit dem Ziel der Einrichtung eines gemeinsamen Plans zur Förderung einer verantwortungsvollen Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten. Die Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten soll kontinuierlich weiterentwickelt werden und neben Qualitätsdaten aus klinischen Studien insbesondere Daten aus Real World Evidence (RWE)-Studien, Versicherungsakten, Registern, EPD und Wearables einbeziehen. Patienten-relevante Messinstrumente wie Patient Reported Outcome Measures (PROMS) sind systematisch zu verwenden und zur Steigerung der Qualität zu nutzen. Vor diesem Hintergrund sollte Art. 21a VE-KVG grundsätzlich überarbeitet werden. Interpharma lehnt ihn in der vorliegenden Form ab. Eine Gesetzgebung sollte die Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Bund, Leistungserbringer, Technologieanbieter und Versicherer sowie für Forschungszwecke regeln und die Versicherten vor Missbrauch schützen.	

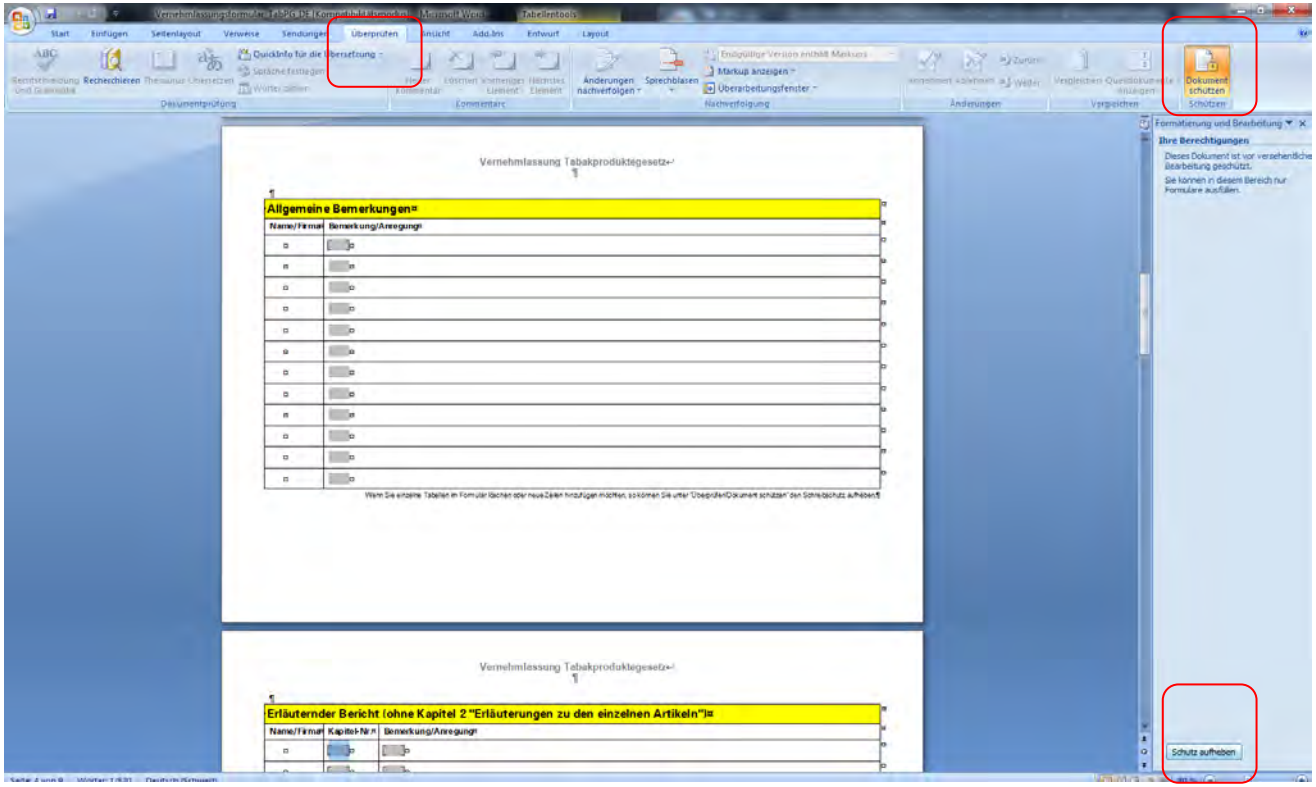
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

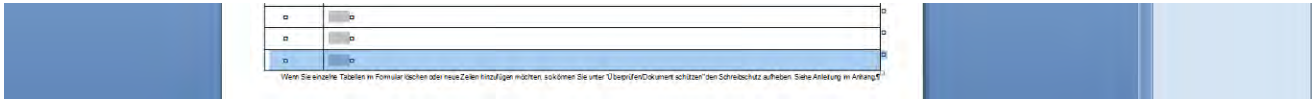
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



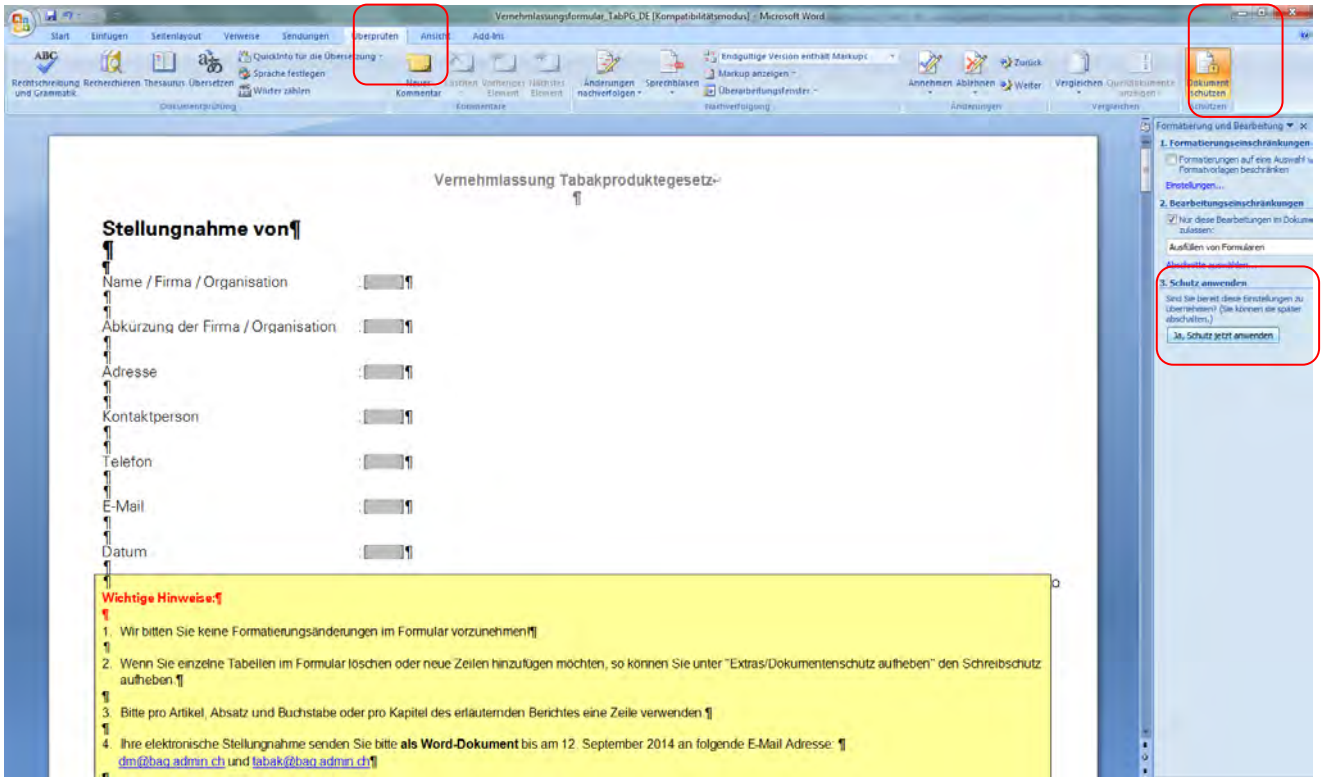
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



interpharma

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit BAG

Per Email an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Basel, 17.November 2020

Stellungnahme zur Vernehmlassung zum Kostendämpfungspaket 2

Mit seinen 23 Mitgliedsfirmen vertritt Interpharma die forschenden Pharmaunternehmen in der Schweiz. Rund 46'000 Beschäftigte erwirtschaften jedes Jahr 36 Milliarden Franken an Wertschöpfung. Insgesamt hängen 245'100 Arbeitsplätze vom Erfolg der Pharmabranche ab.

Interpharma setzt sich für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen für alle ein. Die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und die Verschreibungsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte bilden das Gerüst für ein patientenzentriertes Schweizer Gesundheitswesen. Alle Grundversicherten sollen auch künftig Zugang zu den für sie am besten geeigneten Arzneimitteln haben. Am Innovationsstandort Schweiz muss der Zugang zu neuen, wirksameren Therapien ohne Verzögerung sichergestellt werden.

Beitrag der Pharmaindustrie zur Kostendämpfung
Interpharma setzt sich ebenso für ein nachhaltig finanziertes Gesundheitswesen ein. Die Pharmabranche trägt mit den gesetzlich eingeführten **3-jährlichen Preissenkungsrunden** laut Bundesrat Berset jährlich mit einer Milliarde CHF an Einsparungen für das Gesundheitswesen bei. Die forschenden pharmazeutischen Firmen stehen auch in Zukunft zu diesen 3-jährlichen Preissenkungsrunden und leisten damit einen gewichtigen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten. Arzneimittel machen unverändert rund 12% der Gesundheitsausgaben aus. Die bisher geleisteten Beiträge der Pharmabranche zur Kostendämpfung sind hingegen deutlich höher als der Anteil der Arzneimittel an den Gesundheitsausgaben.

Die im Kostendämpfungspaket 2 (KP2) vorgeschlagenen **Preismodelle** könnten den Zugang der Patienten zur Innovation verbessern. Die Pharmabranche ist auch hier bereit, diese einschneidende Massnahme bei der Arzneimittelpreisbildung mitzutragen. Voraussetzung ist, dass die Medikamente dadurch viel rascher zum Patienten gelangen. Die Pharmabranche fordert deshalb, dass Patient/innen ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic Zugang zu medizinischen Durchbrüchen erhalten, statt wie heute teilweise Monate oder gar Jahre auf den Vergütungsentscheid des BAG warten zu müssen. Die eingeschränkte Transparenz von Preismodellen ist internationale Praxis und ein notweniges Element für Preismodelle.

Mit den vorgeschlagenen Massnahmen im Kostendämpfungspaket 1 (KP1) wird bereits auf die

Arzneimittelpreise gezielt. Falls sie beschlossen werden, haben die Original- und die Generikahersteller zusätzliche substantielle Einsparungen zu tragen. Mit den Massnahmen im KP2 zielt der Bundesrat erneut auf die Medikamentenpreise der Originalhersteller.
Der Bundesrat verlangt mit Art. 32 Abs. 3 vom Parlament eine **weitreichende, fragwürdige Delegationsnorm**, um die WZW-Kriterien auf Verordnungsstufe zu ändern. Dabei soll auf Verordnungsstufe das **Kostengünstigkeitsprinzip** für die Arzneimittelpreise der Originalhersteller eingeführt werden, die WZW-Prüfung differenziert werden und die Preisüberprüfung jährlich anstatt dreijährlich durchgeführt werden. Damit würde die schon bestehende Rechtsunsicherheit bei der der Festlegung der Arzneimittelpreise noch weiter verschärft und der administrative Aufwand erhöht. Dies schwächt auch den Zugang der Patienten zur Innovation, da Firmen neue Arzneimittel aufgrund der geringen Planbarkeit oder aufgrund des Kostengünstigkeitsprinzips verzögert auf den Markt bringen könnten. Die Delegationsnorm reicht jedoch über die Arzneimittel hinaus und will **für alle OKP-Leistungen dem Ziel einer möglichst kostengünstigen Vergütung** bei der Prüfung der WZW-Kriterien Vorrang einräumen. Damit würde der Nutzen für Patienten, für das Gesundheitswesen, für andere Sozialversicherungen und für die Gesellschaft in den Hintergrund treten. Das schädigt die Qualität des Gesundheitswesens und hemmt die Innovation für die Verbesserung von Behandlungen sowie für Durchbruchmedikamente, welche unheilbare Krankheiten lindern oder gar heilen könnten. Dies ist nicht vereinbar mit dem bedeutenden Forschungs- und Innovationsstandort Schweiz. Interpharma lehnt Art. 32 Abs. 3 vehement ab und schlägt dagegen eine **Konkretisierung der WZW-Kriterien** und eine **Differenzierung der Regelungen für Arzneimittel der Spezialitätenliste** auf Gesetzesstufe vor.

Zugang für Patientinnen und Patienten zur Innovation in der Grundversicherung

Das **Zulassungs– und Vergütungssystem** sollte sich dringend mit den wissenschaftlichen und technologischen Fortschritten weiterentwickeln. Für Innovationen muss das Vergütungsverfahren des BAG stärker an die beschleunigten Zulassungsverfahren von Swissmedic angebunden werden. Zudem basiert eine zeitgemässe Preisfestsetzung auf einer breiten Nutzen-Kosten-Evaluation. Dabei werden der direkte Nutzen für den Patienten, der Nutzen für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft sowie alle Kostenfolgen berücksichtigt.

Der Zugang der Schweizer Patienten zu innovativen Arzneimitteln in der OKP ist heute aufgrund deren stark verzögerter Aufnahme in die Spezialitätenliste eingeschränkt. Die Pharmabranche fordert, dass die Patienten in der OKP Zugang ab dem Tag der Swissmedic-Zulassung erhalten. Dazu sind die Pharmafirmen bereit, mit Vergütungsmodellen, wie sie im KP2 vorgeschlagen werden, eine rasche zeitlich befristete Aufnahme zu ermöglichen. Das SL-Aufnahmeverfahren ist für Innovationen parallel zum Swissmedic-Aufnahmeverfahren zu führen und an die **wissenschaftlichen und technologischen Fortschritte** anzupassen. Zudem ist der Prozess zur Vergütung von Impfstoffen und ATMPs[1] zu komplex und verhindert den beschleunigten Zugang zu wichtiger Innovation für die Prävention und neue Therapieformen. Mit der raschen zeitlich befristeten SL-Aufnahme kann die **Vergütung im Einzelfall** nach Art. 71a-d KVV auf echte Einzelfälle reduziert werden. Interpharma schlägt vor, den **Zugang ab dem Tag der Swissmedic-Zulassung für Arzneimittel der Spezialitätenliste** auf Gesetzesstufe festzulegen.

[1] Advanced Therapy Medicinal Products, beispielsweise Gentherapien

Förderung der integrierten Versorgung zur Qualitätssteigerung ohne Zwang

Interpharma begrüsst die Förderung der **integrierten Versorgung**. Programme der Patientenversorgung sind ebenfalls zu unterstützen. Die damit einhergehende Aufwertung der Rolle u.a. von Apothekerinnen und Apothekern, die neu z.B. im Rahmen von solchen Patientenprogrammen spezifische, bisher ärztliche Leistungen übernehmen könnten (z.B. Impfungen im nationalen Impfprogramm) ist im Sinne eines effizienten und patientenzentrierten Gesundheitswesens zu begrüssen. Dagegen lehnt Interpharma den Zwang zu einer **Erstberatungsstelle** ab. Die bestehenden Angebote der Leistungserbringer, insbesondere der Telemedizin und der Krankenversicherer, die auf Freiwilligkeit der Versicherten und der Leistungserbringer beruhen, sind über Anreize in den Versicherungsmodellen zu stärken. Insbesondere sollen Rabatte bei Prämientarifen nicht mehr limitiert werden, sondern die effektiv erreichten Einsparungen reflektieren dürfen. Die freie Arztwahl und die Verschreibungsfreiheit sind als Gerüst für ein patientenzentriertes, qualitativ hochstehendes Schweizer Gesundheitswesen zu bewahren.

Die Pharmabranche lehnt **Zielvorgaben** ab, die Innovationen verhindern und den Zugang zu solchen beschränken. Zielvorgaben sind im Schweizer Gesundheitswesen systemwidrig. Ausländische Erfahrungen zeigen, dass sie mit einem grossen bürokratischen Aufwand verbunden sind und eine zweifelhafte Wirkung entfalten. Insbesondere in Verbindung mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle führt die Zielvorgabe im KP2 schliesslich zu Qualitätsverschlechterungen und sogar Rationierungen. Bevor neue einschränkende Massnahmen getroffen werden, sind Fehlanreize in der Finanzierung zu beseitigen, das Prinzip ambulant vor stationär (EFAS) endlich einzuführen und Fehlanreize bei den Vertriebsmargen (Art. 38 KLV) zu beseitigen.

Zukunftsgerichtete Qualitätsagenda für das Schweizer Gesundheitswesen und für die Stärkung des Innovationsstandortes Schweiz

Insgesamt trägt der einseitige Fokus der Vorlage auf Kostendämpfung wenig zu einem zukunftsgerichteten, nachhaltigen und qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen bei. Im Gegenteil droht mit den vorgeschlagenen Massnahmen ein Bürokratisierungsschub. Leistungen und Qualität für Patienten werden beschnitten, der Zugang zur Innovation behindert und der Innovationsstandort geschwächt. Interpharma fordert anstelle einer einseitigen Kostendämpfung eine **zukunftsgerichtete Qualitätsagenda** für ein nachhaltiges Schweizer Gesundheitswesen.

Die Pharma-Innovationen und der Pharma-Standort sind nicht nur eine tragende Säule des Wohlstandes in der Schweiz, sondern auch eines nachhaltigen, zukunftsgerichteten Gesundheitswesens. Eine zukunftsgerichtete Qualitätsagenda fördert **medizinische und technologische Innovationen** und stärkt die verantwortungsvolle **Nutzung von Gesundheitsdaten**. Dies stärkt das Gesundheitswesen und den Innovationsstandort Schweiz. Die Bedeutung eines hochstehenden Gesundheitswesens, von Pharma-Innovationen sowie der Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten zeigen sich in der aktuellen pandemischen Krise sehr deutlich. Anstelle des einseitigen Fokus auf Kostendämpfung, sollte das KVG Fortschritt belohnen und unnötige Kosten sollten eingespart werden. Es soll den Nutzen für die Patienten ins Zentrum der Gesundheitspolitik stellen und ein hochwertiges Gesundheitsdaten-Ökosystem unterstützten. Auch das Beispiel der Antibiotikaresistenzen und

die mangelnde Entwicklung neuartiger Impfstoffe und Antibiotika zeigen, welche Folgen eine ungenügende Belohnung für Innovation haben kann.

Die Position der forschenden pharmazeutischen Firmen in Kürze

Interpharma unterstützt:

1. Einführung von vertraulichen Preismodellen für hoch innovative Arzneimittel (Art. 18 Abs. 2^{septies}b, Art. 52b, Art. 52c) unter der Voraussetzung, dass die Arzneimittel dadurch ab dem Tag der Zulassung durch Swissmedic zum Patienten gelangen;
2. Schaffung einer IV-Arzneimittelliste inkl. der Möglichkeit von Preismodellen unter der Voraussetzung, dass die Zielsetzung der IV zur Eingliederung bei der Ausgestaltung der WZW-Kriterien berücksichtigt wird (Art. 14 und Art. 14ter VE-IVG);
3. Förderung der integrierten Versorgung über Anreize für Versicherte und Leistungserbringer anstelle einer Steuerung durch den Bund (Art. 33 Abs. 3bis, Art. 35 Abs. 2 Bst. o, Art. 36b, Art. 48a);
4. Verzicht des Bundesrates auf Einführung des Beschwerderechts gegen Verfügungen des BAG in Bezug auf die Beurteilung von Arzneimitteln.

Interpharma lehnt ab:

1. Weitreichende Delegationsnorm an den Bundesrat mit Vorrang der Kostengünstigkeit für die WZW-Überprüfungen aller Leistungen, und damit die Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips und einer jährlichen WZW-Überprüfung für Arzneimittel (Art. 32 Abs. 3);
2. Zwang zu einer Erstberatungsstelle, die die Vergütung und damit die freie Arztwahl und die Verschreibungsfreiheit einschränkt (Art. 40a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41, Art. 41a);
3. Zielvorgaben für das Kostenwachstum (Art. 54, Art. 54a, Art. 54b, Art. 54c, Art. 54d).

Interpharma schlägt vor:

1. Konkretisierung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit in Art. 32 1bis, 1ter, 1^{quater};
2. Vergütung per Datum der Marktzulassung in neuem Art. 52x «Arzneimittel der Spezialitätenliste» sicherstellen;
3. Differenzierte Regelungen für Arzneimittel in neuem Art. 52x «Arzneimittel der Spezialitätenliste» verankern.

interpharma

Positionen und Anträge zu einzelnen Themen und Artikeln

I. WZW-Prüfung der Leistungen in der OKP

Art. 32 Abs. 3: WZW-Überprüfung

Bei Art. 32 Abs. 3 VE-KVG handelt es sich um einen fundamentalen Artikel, denn er regelt die Anforderungen an sämtliche Leistungen im KVG. Er stellt eine äusserst weitreichende Delegationsnorm dar, die aus staatspolitischer Sicht fragwürdig ist. Der Bundesrat könnte ohne Einbezug des Gesetzgebers sämtliche Regeln für die WZW-Überprüfung anpassen. Dies untergräbt jegliche Planbarkeit und Rechtssicherheit. Der Bundesrat will damit die Rechtsgrundlagen für eine möglichst kostengünstige Vergütung schaffen und diesem Ziel Vorrang einräumen. Damit würde bei der Vergütung der Nutzen für Patienten, für das Gesundheitswesen, für andere Sozialversicherungen und für die Gesellschaft in den Hintergrund treten. Das schädigt die Qualität des Gesundheitswesens und hemmt die Innovation und den Zugang für Patientinnen und Patienten zu optimalen Behandlungen. Dies ist nicht vereinbar mit dem bedeutenden Forschungs- und Innovationsstandort Schweiz. Interpharma lehnt diese Bestimmung vehement ab und beantragt deren Streichung.

> ~~*Art. 32 Abs. 3*~~
>
> ~~[3] Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.~~

Eine seriöse Folgenabschätzung dieses fundamentalen Artikels mit der weitreichenden Delegationsnorm ist für die einzelnen OKP-Leistungsbereiche nicht möglich. Art. 32 Abs. 3 VE-KVG soll die Grundlage dafür bilden, den Vorrang der kostengünstigsten Vergütung bei allen OKP-Leistungen umsetzen zu können. Ohne Kenntnis der Umsetzungsbestimmungen in der Verordnung ist deshalb eine Beurteilung nicht möglich. Es muss hingegen bezweifelt werden, ob Art. 32 Abs. 3 VE-KVG überhaupt verfassungskonform ist. Zwar können Rechtssetzungsbefugnisse übertragen werden, aber nur soweit es die Bundesverfassung zulässt (Art. 164 Abs. 2 BV). Sämtliche wichtigen gesetzlichen Bestimmungen sind in Form des Bundesgesetzes zu erlassen. Bei der Einführung des Vorrangs der kostengünstigsten Vergütung bzw. des Kostengünstigkeitsprinzips handelt es sich zweifellos um eine wichtige Bestimmung.

Im erläuternden Bericht finden sich keine Hinweise auf Massnahmen auf der Verordnungsebene für Leistungen nach Artikel 25-31 KVG ausser für Arzneimittel. Bei den vorgesehenen Massnahmen für Arzneimittel sind drei besonders problematisch.

Kostengünstigkeitsprinzip
Ein solches Prinzip würde von mehreren Preisfestsetzungselementen jeweils nur das tiefere berücksichtigen. Der Preis könnte demnach nur nach einem Auslandpreisvergleich (APV), nur nach einem therapeutischen Quervergleich (TQV) oder nur nach einem anderen auf Verordnungsstufe definierten Preiskriterium erfolgen. Das für die Preisfestsetzung jeweils relevante Preiskriterium kann von Überprüfung zu Überprüfung wechseln.
Eine kostengünstige Arzneimittelversorgung wird heute durch die hälftige Gewichtung von APV und TQV erreicht. Mit der Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips würden der Nutzen von Forschung und Entwicklung nicht mehr berücksichtigt und Innovation gehemmt. Hinzu

kommt, dass lediglich die Erläuterungen ein «Kostengünstigkeitsprinzip» erwähnen, dem Wortlaut von Art.32 Abs.3 VE-KVG jedoch nichts dergleichen zu entnehmen ist und auch insofern aus ihm auch kein solches Prinzip ableitbar ist. Es ist bedenklich, dass sich der Vorschlag für eine solch gewichtige Regelung nicht dem Wortlaut der Vorlage entnehmen lässt, sondern lediglich den Erläuterungen.

Eine Preisfestsetzung, die den Nutzen neuer Medikamente und das Nutzen-Kosten-Verhältnis nicht berücksichtigt, lehnen die forschenden pharmazeutischen Firmen grundsätzlich ab. Das Kostengünstigkeitsprinzip untergräbt die Planbarkeit und würde zu grosser Rechtunsicherheit führen. Es würde zu weiteren Verzögerungen bei Kostenübernahme-Entscheiden für Arzneimittel führen, die Zugangsproblematik weiter verschärfen und die Versorgungssicherheit in der Schweiz bedrohen. Als Folge würden weniger Produkte und weniger neue Indikationen in die Schweiz eingeführt werden. Dies beeinträchtigt nicht nur die Versorgungssicherheit, sondern schwächt auch den Investitionsstandort. Das Kostengünstigkeitsprinzip missachtet den Nutzen von Innovation systematisch und ist deshalb mit einem nachhaltigen Zugang der Patienten zu innovativen Behandlungen nicht vereinbar. Es ist dem Innovationsstandort Schweiz unwürdig.

Interpharma lehnt das Kostengünstigkeitsprinzip strikte ab.

Jährliche Preisüberprüfung
Die dreijährliche Preisüberprüfung hat sich bewährt und führte bis 2019 jährlich zu Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe. Laut Bundesrat Berset kann damit jährlich über eine Milliarde Franken eingespart werden. Interpharma bekennt sich auch in Zukunft zur Weiterführung der dreijährlichen WZW-Überprüfung.

Die Pharmaindustrie ist die einzige Branche, deren Preise direkt vom Wechselkurs abhängen. Wird der Schweizer Franken stärker, sinken die Preise über den APV automatisch. Wird der Franken schwächer, werden die Preise jedoch nicht erhöht. Zudem kann der Wechselkurs stark schwanken. Der dreijährliche Überprüfungsrhythmus trägt diesen Umständen Rechnung indem er das Währungsrisiko teilweise mindert. Bei einem jährlichen Rhythmus müssten automatische Preiserhöhungen aufgrund von Wechselkursschwankungen eingeführt werden. Die für die WZW-Überprüfung einzureichenden Unterlagen bedeuten einen beträchtlichen Aufwand für die betroffenen Firmen und für das BAG. Wir gehen davon aus, dass die Einsparungen bei einer jährlichen Preisüberprüfung erheblich tiefer wären als bei einer dreijährlichen Überprüfung, sodass sich der entstehende Aufwand dafür nicht rechtfertigen liesse. In Anbetracht der Verspätungen des BAG bei den bisherigen Überprüfungen ist auch fraglich, ob eine jährliche Überprüfung ohne nochmals erhöhten kostspieligen personellen Aufwand im BAG realistisch wäre.

Interpharma lehnt eine jährliche Preisüberprüfung ab und hält an der dreijährlichen Überprüfung fest.

Differenzierte WZW-Prüfung
Bereits heute ist die Umsetzung der für alle Leistungen geltenden WZW-Kriterien lückenhaft und ungleich. Obwohl Arzneimittel nur 12% der Gesundheitskosten ausmachen, werden sie als einziger Leistungsbereich systematisch überprüft und tragen so bereits heute überproportional zur Kostendämpfung bei. Die Originalhersteller tragen dabei den überwiegenden Teil der Einsparungen. Eine differenzierte WZW-Überprüfung sollte die Ungleichbehandlung zwischen Arzneimitteln und anderen Leistungen nicht noch weiter

verschärfen und den Zugang zu innovativen Arzneimitteln in der Grundversicherung und die Versorgungssicherheit nicht gefährden.

Interpharma lehnt eine generelle Delegationsnorm zur differenzierten WZW-Prüfung ab, unterstützt aber eine gezielte Erweiterung und gezielte Differenzierung der bestehenden Kriterien für Arzneimittel der Spezialitätenliste. Eine bedeutende Erweiterung stellen die international breit angewandten, vertraulichen Vergütungsmodelle dar, die mit Art. 18 Abs. 2^{septies}b, Art. 52b, Art. 52c VE-KVG eingeführt werden sollen. Bereits heute werden zu Recht auf Verordnungsstufe differenzierte Kriterien bspw. für patentgeschützte Medikamente sowie für Generika und Biosimilars angewendet. Interpharma ist der Ansicht, dass weitere Differenzierungen für bestimmte Medikamentengruppen vorgenommen werden sollten, bei denen das Vergütungssystem heute an seine Grenzen stösst. Dazu gehören Kombinationstherapien, Kombinationspräparate, Multiindikationspräparate sowie Indikationserweiterungen und Limitierungsänderungen. Die gesetzliche Grundlage für verbindliche Regelungen sollten jedoch nicht in Art. 32 KVG gelegt werden, der alle Leistungen betrifft, sondern in einem neuen Art. 52x VE-KVG, der Arzneimittel der Spezialitätenliste spezifisch regelt (siehe unten).

Laut erläuterndem Bericht sollen bei einer differenzierten WZW-Überprüfung «besondere Entwicklungen in der Medizin und auf dem schweizerischen Markt» berücksichtigt werden und Produkte, «die lokal und noch nicht industriell für den internationalen Markt hergestellt werden» anderen Grundsätzen und Berechnungsmethoden bei der Preisbildung unterzogen werden können. Eine Diskriminierung ausländischer Hersteller oder von Produkten, die heilmittelrechtliche Anforderung nicht erfüllen, wäre mit den vertraglichen Verpflichtungen der Schweiz, mit einem erfolgreichen Innovationsstandort und mit der Exportnation Schweiz nicht vereinbar. Eine differenzierte WZW-Überprüfung darf nicht zu Ungleichbehandlungen führen, die das Gebot der Gleichbehandlung in Art. 8 BV verletzen. Eine Ungleichbehandlung muss durch hinreichend unterschiedliche Sachverhalte gerechtfertigt sein.

Zusammengefasst würde Art. 32 Abs. 3 VE-KVG nicht nur den Zugang und die Versorgungssicherheit in Bezug auf innovative Arzneimittel und andere innovative Behandlungen in der Grundversicherung gefährden, sondern auch dem Innovations- und Exportstandort schaden. Interpharma lehnt den Artikel daher entschieden ab.

Interpharma Vorschlag für Anpassungen von Art. 32: Konkretisierung der WZW-Kriterien

Anstelle der vorgeschlagenen Bestimmung in Art. 32 Abs. 3 VE-KVG sollten die WZW-Kriterien im KVG dahingehend konkretisiert werden, dass bei Vergütungsentscheiden die Ziele einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens und der rechtsgleiche und breite Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen und der Innovation berücksichtigt werden. Die wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritte, die Versorgungssicherheit und der Nutzen für Patienten und die Gesellschaft sind durch eine geeignete Methodik bei jeder WZW-Prüfung zu berücksichtigen und therapeutische Fortschritte zu honorieren. Interpharma schlägt die folgenden Präzisierungen in Art. 32 vor, die für alle Leistungen gelten.

Wirksamkeit

> *^{1bis} Die Wirksamkeit muss nach quantitativen oder qualitativen wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.*

Diese Formulierung stellt eine Präzisierung zum heutigen Recht dar. Dieses verlangt bereits heute nicht ausschliesslich streng naturwissenschaftliche Nachweise für die Wirksamkeit (Vgl. BGE 133 V 115 E. 3.2.1 mit weiteren Hinweisen). Namentlich sind auch andere Wirksamkeitsnachweise als kontrollierte klinische Studien zuzulassen. Heute wird der Nachweis der Wirksamkeit − obwohl gesetzlich eigentlich nicht vorgesehen − zu einseitig ausgelegt, da nur klinisch kontrollierte Studien als Wirksamkeitsnachweis genügen. Der Absatz stellt sicher, dass bei der Wirksamkeit der wissenschaftliche und technologische Fortschritt berücksichtigt wird.

Bereits heute können mit der Verknüpfung von Daten aus traditioneller und «neuer» Evidenz Therapien besser entwickelt, individuell angepasst und laufend optimiert werden. Begrenzt wirksame oder unnötige Therapien können so identifiziert und reduziert werden, was OKP Kosten einspart. Patientinnen und Patienten sollten zudem von den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, beispielsweise von regionalen und nationalen Expertengremien wie bspw. Tumorboards profitieren. Die Bedeutung von datengestützten Wirksamkeitsnachweisen ausserhalb der traditionellen Studienformen wird in den nächsten Jahren stark zunehmen. Eine Präzisierung der Wirksamkeit ist deshalb für die Zukunftsfähigkeit der OKP von grosser Bedeutung.

Zweckmässigkeit

> *1ter Eine Leistung ist zweckmässig, wenn sie medizinisch indiziert ist.*

Die Zweckmässigkeit wird derzeit vielfach umständlich und schwer verständlich definiert. Sie betrifft den aktuellen Behandlungsfall und ist im Einzelfall zu verneinen, wenn aus medizinischer Sicht die Risiken die Chancen übersteigen. Eine generell fehlende Zweckmässigkeit für die Vergütung ist nur dann gegeben, wenn die zur Diskussion stehende Leistung ganz generell nicht oder weniger indiziert ist als eine andere zur Verfügung stehende Behandlung. Allenfalls sind bspw. bei einer Behandlung Einschränkungen auf bestimmte Situationen oder Indikationen vorzunehmen, bei denen sie besser oder gleich gut wirkt wie eine andere Behandlung. Eine Konkretisierung der Zweckmässigkeit auf die medizinische Indikation einer spezifischen Massnahme bringt diese Definitionen auf den wesentlichen Punkt.

Wirtschaftlichkeit

> *1quater Der Nutzen der Leistung für den Patienten und die Gesellschaft ist bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit angemessen zu berücksichtigen.*

Das KVG ist dahingehend zu präzisieren, dass nicht nur der medizinische Nutzen, sondern der Nutzen allgemein − für den Patienten, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft − zu berücksichtigen ist. Lassen sich mit einer Leistung erhebliche Einsparungen erzielen (z.B. Vermeidung von Krankheitsfolgekosten wie Arbeitsausfall, Sozialversicherungen, etc.), soll dieser Nutzen bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung angemessen berücksichtigt werden. Die Einzelheiten sind auf Verordnungsstufe zu regeln.

Das Ziel einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten ist im geltenden Recht in Art. 43 Abs. 6 KVG als Grundsatz für Tarife und Preise bereits festgehalten. Dieser Artikel kann jedoch nicht derart einseitig ausgelegt werden, dass ein Sparsamkeitsgebot dem anderen Ziel einer hochstehenden und zweckmässigen Versorgung vorgeht. Der Vernehmlassungsvorlage stützt sich auf das Primat

eines Sparsamkeitsgebots, welches das KVG in dieser Form gar nicht kennt. Die reine Fokussierung auf die Kosten der Leistung in der Vorlage greift zu kurz, da der mit einer Leistung einhergehenden Nutzen unberücksichtigt bleibt. Mit der vorgeschlagenen Formulierung wird präzisiert, dass bei der Wirtschaftlichkeit auch der Nutzen der Leistung berücksichtigt werden muss.

II. Vergütung ab dem Tag der Marktzulassung mit Preismodellen

Interpharma ist der Ansicht, dass Preismodelle ein geeignetes Mittel sind, um raschen Patientenzugang zu hoch innovativen Arzneimitteln im Rahmen der WZW-Kriterien zu ermöglichen. Dies betrifft insbesondere Situationen, wo das Preiskriterium des therapeutischer Quervergleichs (TQV) nicht anwendbar ist. Wir lehnen es jedoch ab, Preismodelle dazu einzusetzen, die gleichmässige Gewichtung von APV und TQV zu unterlaufen.

Interpharma unterstützt die Einführung von Preismodellen wie in wie in Art. 52b VE-KVG nur, wenn sie mit einem schnelleren Zugang der Patienten zu neuen innovativen Arzneimitteln einhergehen. Im KVG ist sicherzustellen, dass Preismodelle den rechtsgleichen und breiten Zugang zu qualitativ hochstehenden, nachhaltig finanzierten Arzneimitteln sowie zum wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritt unterstützen. Vor dem Hintergrund der internationalen Preisreferenzierung ist die im europäischen Ausland gängige vertrauliche Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz, wie in Art. 52c VE-KVG vorgeschlagen, essentiell.

Art. 18 Abs. 2^{septies} Lit. b. Fonds für Rückerstattungen

Interpharma begrüsst einen Fonds für Rückerstattungen nach Art. 52b, da er die Umsetzung von Preis-Volumen-Modellen ermöglicht.

Art. 52b: Rückerstattungen

Interpharma unterstützt die in Art. 52b Abs. 1 VE-KVG vorgeschlagene Vorleistung durch die Versicherer und beide in Lit. a und Lit. b festgehaltenen Rückzahlungsmodalitäten. Um den Fonds für Rückerstattungen in Lit. b zu ermöglichen, ist auch die Änderung von Art. 18 Abs. 2^{septies} Lit. b VE-KVG zu unterstützen.

Interpharma unterstützt grundsätzlich die Regelung von Modellen auf Verordnungsebene wie in Art. 52b Abs. 3 VE-KVG vorgeschlagen. Der Ausgestaltung der Modelle in der Verordnung kommt eine grosse Bedeutung zu. Unabdingbar dafür ist die Flexibilität, verschiedene Arten von Preismodellen zu nutzen, die auf die jeweilige Situation angepasst sind. Insbesondere wenn der TQV nicht durchführbar ist, sollen Modelle eine WZW-konforme Lösung ermöglichen. Die Industrie ist bereit, hier gemeinsam mit dem BAG praktikable Lösungen zu erarbeiten und eine Toolbox für verschiedene Modelle zu vereinbaren. Preismodelle sind nicht bloss als Möglichkeit der Preisreduzierung zu betrachten, sondern sollen dazu dienen, den Zugang bei erhöhter Unsicherheiten bezüglich der Wirksamkeit oder den Kostenfolgen besser abzubilden und zu ermöglichen. Die Pharmabranche ist bereit, bei anfänglich bestehenden Unsicherheiten mit Modellen wie Pay-for-Performance oder Volumen-basierten Modellen die

Risiken zu teilen (Risk sharing).

Art. 52c: Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten

Interpharma unterstützt Art. 52c E-KVG, wonach die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b von Gesuchen nach Art. 5 des BGÖ ausgenommen werden können. Alle an an der Umsetzung von Preismodellen beteiligten Akteure erhalten die notwendigen Informationen.

Interpharma-Vorschlag für einen Art. 52x «Arzneimittel der Spezialitätenliste»: Vergütung per Datum der Marktzulassung

Die heutige Dauer des SL-Aufnahmeprozesses hat unakzeptable Ausmasse angenommen, vor allem in Indikationen bei denen es keine Therapiealternative gibt. Deshalb müssen viele neue Arzneimittel über Art.71a-d KVV im Einzelfall vergütet werden, was eigentlich nicht dem Sinn dieser Bestimmungen entspricht. Um den Zugang für Patientinnen und Patienten zu innovativen Arzneimitteln sicherzustellen, sollte ein neuer Art. 52x KVG festhalten, dass Arzneimittel oder neue Indikationen per Datum ihrer Marktzulassung durch Swissmedic in deren Umfang in die Spezialitätenliste aufgenommen und vergütet werden. Dabei sollen Arzneimittel provisorisch aufgenommen und über ein Rückvergütungsmodell ein provisorischer Preis vereinbart werden können. Dies erlaubt auch die Vergütungen im Einzelfall nach Art. 71a-d KVV auf echte Einzelfälle zu reduzieren.

III. Differenzierung der Regelungen für Arzneimittel der Spezialitätenliste und Erweiterung mit Vergütungsmodellen

Interpharma schlägt vor, eine gesetzliche Grundlage für eine besser differenzierte WZW-Prüfung für bestimmte Arzneimittelgruppen und Aufnahmegesuche in einem neuen Art. 52x «Arzneimittel der Spezialitätenliste» festzulegen. Bereits heute werden zu Recht auf Verordnungsstufe differenzierte Kriterien bspw. für patentgeschützte Medikamente sowie für Generika und Biosimilars angewendet. Neu sollten auch Kombinationstherapien, Kombinationspräparate, Multiindikationspräparate sowie Indikationserweiterungen und Limitierungsänderungen verbindlich geregelt werden.

Art. 52 Abs. 1 Einleitungssatz

Gemäss erläuterndem Bericht soll der Einleitungssatz auf den gesamten Artikel 32 KVG ausgeweitet werden anstatt wie bisher auf Abs. 1. Damit soll der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung spezifisch auf Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände angewendet werden. Die Honorierung des Mehrwerts von neuen Behandlungen und eine verstärkte Nutzen-Kosten-Betrachtungen würden damit in den Hintergrund treten, was die Zugangsproblematik weiter verschärfen und die Versorgungssicherheit in der Schweiz bedrohen würde. Siehe auch Kommentar zu Art. 32 Abs. 3.

Interpharma lehnt diese Änderung strikte ab.

Interpharma -Vorschlag für einen Art. 52x «Arzneimittel der Spezialitätenliste»: Differenzierte Umsetzung der WZW-Kriterien für Arzneimittel

Wirksamkeit bei Arzneimitteln:
In einem neuen Art. 52x sollte eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, damit die neusten wissenschaftlichen Methoden zum Wirksamkeitsnachweis berücksichtigt werden können. Aktuell werden sowohl für die Zulassung als auch insbesondere für die Vergütung von Arzneimitteln klinisch kontrollierte Studien (Phase III Studien) als Wirksamkeitsnachweis verlangt. Aufgrund des medizinischen Fortschritts greifen diese Nachweise aber zu kurz.

Innovative Therapien basieren auf Daten, welche aufgrund von zielgerichteten und personalisierten Therapien gewonnen wurden. Schon heute ermöglichen innovative Therapieansätze es, gezielte Behandlungsoptionen für Patienten auszuwählen. Dadurch können die Überlebenschancen verbessert und unnötige Verfahren und Behandlungen verringert werden. Im schweizerischen Gesundheitssystem sollten die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit die Patienten von den medizinischen und technologischen Innovationen weiter profitieren können.

Daten aus traditionellen klinischen Forschungsstudien (Phase III Studien) werden zunehmend mit Daten aus der «realen klinischen Praxis» (wissenschaftliche Erkenntnisse), mit von Patienten selbst erhobenen Daten und der Diagnostik (u.a. Biomarker) gewonnen bzw. verknüpft. Swissmedic ist dazu übergegangen, Zulassungen auch auf der Basis solcher Evidenz auszusprechen. Aufgrund dieser Daten bzw. der Verknüpfung von Daten mit traditioneller und «neuer» Evidenz können Therapien besser entwickelt, individuell angepasst und laufend optimiert werden. Begrenzt wirksame oder unnötige Therapien können so identifiziert und reduziert werden, das heisst es werden OKP Kosten eingespart.

Als Wirksamkeitsnachweise sollen deshalb neben klinisch kontrollierten Studien (Phase III Studien) namentlich auch systematische Datenerhebungen berücksichtigt werden sowie diagnostische Erkenntnisse mit datenbasierter Unterstützung die Wahl der Behandlung bestimmen. Weiter sollten andere wissenschaftlich nachprüfbare Nachweise betreffend die Wirksamkeit ebenfalls einbezogen werden können, so auch Informationen von künstlicher Intelligenz. Zudem sollen auch die Empfehlungen von anerkannten wissenschaftlichen Fachexperten als Wirksamkeitsnachweise berücksichtigt werden. So kann sichergestellt werden, dass die Patienten von den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, beispielsweise von regionalen und nationalen Expertengremien (mit interdisziplinären Experten, z.B. Tumorboard von Spitälern oder Referenzzentren bei seltenen Krankheiten), profitieren.

Bei seltenen Krankheiten ist zudem deren Häufigkeit bei der Wirksamkeitsbeurteilung zu berücksichtigen, da aufgrund ihrer Seltenheit nicht die gleich hohen Anforderungen gelten können wie bei Arzneimitteln mit häufigerem Auftreten.

Auch bei der Vergütung im Einzelfall (Art. 71a-d) sollten sinngemäss bei der Beurteilung des therapeutischen Nutzens die neusten wissenschaftlichen Methoden zum Wirksamkeitsnachweis berücksichtigt werden. Gleiches gilt für die Beurteilung von Arzneimitteln gegen Geburtsgebrechen.

Zweckmässigkeit bei Arzneimitteln:
Das Ziel einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung mit Arzneimitteln

sollte in Art. 52x explizit festgehalten werden. Ein für alle Grundversicherten gleicher Zugang zu Arzneimitteln ist durch die verbindliche Spezialitätenliste am besten sichergestellt.

Wirtschaftlichkeit bei Arzneimitteln:
Auf Verordnungsstufe sollte der vorgeschlagene Art. 32 Abs. 1^{quater} auch für Arzneimittel konkretisiert werden. Art. 52x sollte vorsehen, dass bindende Regelungen auf Verordnungsstufe insbesondere, aber nicht ausschliesslich, für folgende Arzneimittelgruppen festgelegt werden: Kombinationstherapien, Kombinationspräparate, Multiindikationspräparate, Biosimilars, ATMPs, Impfstoffe, Indikationserweiterungen und Limitierungsänderungen.

Überprüfung der Wirtschaftlichkeit bei Arzneimitteln:
Beim Überprüfungsrhythmus sollte zwischen patentgeschützten und patentabgelaufenen Arzneimitteln differenziert werden können. Zudem sollten Beschränkungen der WZW-Überprüfung auf die Beurteilung eines einzelnen Kriteriums möglich sein. Art. 52x sollte die rechtlichen Grundlagen für eine berechenbare und sachgerechte differenzierte Regelung schaffen.

Eingliederung der Vergütungsmodelle in Art. 52x:
Vergütungsmodelle stellen eine wesentliche Erweiterung der Preisfestsetzungskriterien und damit ebenfalls eine Differenzierung des Wirtschaftlichkeitskriteriums dar. Es wäre deshalb sinnvoll, die in Art. 18 Abs. 2^{septies}, Art. 52b, Art. 52c VE-KVG vorgesehenen vertraulichen Vergütungsmodelle in Art. 52x zu integrieren.

IV. Invalidenversicherung

Interpharma begrüsst grundsätzlich Änderungen in der Invalidenversicherung, die die Vergütung von Arzneimitteln besser regeln und die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen schaffen. Dabei ist der Zweck des IVG zur Eingliederung und für einen Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten voll zu respektieren. Der schnelle Patientenzugang zu Behandlungen ist bei Geburtsgebrechen besonders wichtig. Der Vorrang der kostengünstigsten Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 VE-KVG ist insbesondere auch für das IVG entschieden abzulehnen. **Im Übrigen sollen die Vorschläge von Interpharma bezüglich KVG auch für das IVG sinngemäss Anwendung finden.**

Art. 14 und Art. 14ter VE-IVG: Arzneimittel im IVG

Interpharma unterstützt grundsätzlich Art. 14 Abs. 2 E-KVG, wonach die WZW-Kriterien sinngemäss angewendet werden, die Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss und dabei im Fall von seltenen Krankheiten die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt wird. Die sinngemässe Anwendung der WZW-Kriterien des KVG muss dem Zweck des IVG entsprechend breiter ausfallen. Im Gegensatz zum IVG ist das KVG auf einzelne Leistungen ausgerichtet. Es ist deshalb unabdingbar, dass sich die Umsetzung der WZW-Kriterien bei der Führung einer Arzneimittelliste im IVG von der Umsetzung der WZW-Kriterien für die Spezialitätenliste unterscheidet. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im Hinblick auf die Eingliederung und den Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten zu beurteilen. Entsprechend unserem Vorschlag für eine genauere Definition der

WZW-Kriterien in Art. 32 KVG, sollen auch für die Vergütung im IVG qualitative und quantitative wissenschaftliche Methoden zur Beurteilung der Wirksamkeit angewendet werden.

Interpharma unterstützt die in Art. 14ter Abs. 3 und 4 VE-IVG vorgeschlagene Regelung der Vergütung von Arzneimitteln. Interpharma unterstützt grundsätzlich auch eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen wie in Art. 14ter Abs. 5 VE-IVG vorgeschlagen. Eine direkte Anwendung der für die Spezialitätenliste konkretisierten WZW-Kriterien unter Missachtung des Zweckes des IVGs lehnen wir jedoch ab. Ein Kostengünstigkeitsprinzip im IVG lehnen wir dezidiert ab.

Interpharma unterstützt die Möglichkeit von Preismodellen mit eingeschränkter Transparenz, wie in Art. 14ter Abs. 6, 7 und 8 VE-IVG.

V. Integrierte Versorgung, Erstberatungsstelle und Kostenziele

Interpharma unterstützt die Förderung einer qualitätssteigernden integrierten Versorgung über erhöhte Anreize für die Versicherten und die Leistungserbringer. Dazu gehören bspw. unlimitierte einsparungsgerechte Prämienrabatte in der OKP und die Einbettung neuer Technologien wie der Telemedizin. Die bestehenden und freiwillig breit genutzten Angebote im Bereich der integrierten Versorgung und die entsprechenden Versicherungsmodelle sollten über Anreize weiter ausgebaut und nicht durch Zwangslösungen geschwächt werden. Frühere Volksabstimmungen und Umfragen zeigen, dass die Bevölkerung den Grundsatz der freien Arztwahl nicht aufgeben will, aber bereit ist, in eigener Entscheidung auf Modelle der integrierten Versorgung einzugehen. Interpharma lehnt Zielvorgaben und Kostendächer im Gesundheitswesen sowohl auf nationaler wie auch auf kantonaler Ebene grundsätzlich ab. Führende Gesundheitssysteme definieren sich über Qualitätsziele und nicht über Kostenziele. Es wäre ein Rückschritt für das Schweizer Gesundheitswesen, wenn die Qualität in der Grundversicherung durch einseitige Kostenziele kompromittiert würde.

Art. 33 Abs. 3bis, Art. 35 Abs. 2 Bst. o, Art. 36b, Art. 48a: integrierte Versorgung

Interpharma unterstützt grundsätzlich die Förderung der integrierten Versorgung und Programme der Patientenversorgung. Gesundheitsfachleute sind sich weitgehend einig, dass das Schweizer Gesundheitswesen noch grosses Potenzial hat, sowohl die Qualität zu steigern als auch Leistungen effizienter zu erbringen. Die Förderung sollte jedoch über Anreize für die Leistungserbringer erfolgen.

Zu den Sparpotenzialen gehört unter anderem der Systemwechsel zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), für den sich Interpharma mit weiteren Stakeholdern engagiert (www.pro-efas.ch). Dadurch würde die integrierte Versorgung gefördert, da mit EFAS das Potential deutlich besser ausgeschöpft werden kann. Die eingesparten Kosten können vollumfänglich als Prämienrabatte an die Versicherten weitergegeben werden.

Art. 40a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41, Art. 41a: Erstberatungsstelle

Interpharma lehnt einen Zwang zur Erstberatungsstelle und damit die Einschränkung der freien Arztwahl und der Verschreibungsfreiheit ab. Die Einführung einer Erstberatungsstelle

ist insbesondere im Zusammenhang mit Zielvorgaben problematisch. Dadurch verschlechtert sich die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten. Es besteht die Gefahr, dass Gesundheitsleistungen rationiert werden. Eine mögliche Gefahr kann am Beispiel der seltenen Krankheiten verdeutlicht werden, für welche die Diagnosefindung bereits heute eine grosse Herausforderung darstellt. Diese könnte mit dem Zwang einer Erstberatungsstelle noch weiter verzögert werden (Verhinderung von Zweitmeinung).

Art. 54, Art. 54a, Art. 54b, Art. 54c, Art. 54d: Kostenziele

Interpharma lehnt Zielvorgaben und Kostendächer im Gesundheitswesen sowohl auf nationaler wie auch auf kantonaler Ebene grundsätzlich ab.

Der vorgeschlagene Prozess droht, einen grossen bürokratischen Aufwand zu verursachen. Zielvorgaben bergen die Gefahr, dass medizinische Leistungen rationiert und die Patienten dadurch schlechter versorgt werden. Ausserdem bremsen oder verhindern sie notwendige Investitionen, was langfristig die Qualität senkt und Kosten und Ineffizienz treibt.

Der Vorschlag wonach Zielvorgaben für sämtliche Kostenblöcke inklusive der Medikamente auf Kantone aufgeteilt würde, ist systemwidrig. Da die Preise für Arzneimittel auf nationaler Ebene festgelegt werden, macht eine Steuerung durch die Kantone keinen Sinn. Eine Mengensteuerung durch die Kantone würde einem Flickenteppich kantonaler Rationierungen gleichkommen.

Zudem wären jährliche Zielvorgaben im Arzneimittelbereich schädlich. Aufgrund von Patentabläufen, Neueinführungen und Strukturveränderungen unterliegt der Pharmamarkt grossen Schwankungen, während die langfristige Entwicklung im Vergleich zu anderen Kostenblöcken seit 20 Jahren stabil ist. Bei Therapiedurchbrüchen wie beispielsweise gegen Hepatitis C oder bei Interventionen im Zusammenhang mit Epidemien kann es zu zeitlich begrenzten Kostenverschiebungen kommen, die aber mittel- und langfristig Kosten im Gesundheitswesen und anderen Sozialversicherungen sparen, da Krankheiten wirksamer und schneller geheilt werden. Interpharma unterstützt ein lösungsorientiertes Horizon Scanning, das alle Akteure einbezieht und zum Ziel hat, die Ressourcen im Gesundheitswesen besser zu planen.

VI. Daten

Art. 21: Daten der Versicherer

Interpharma begrüsst mehr Transparenz über die aggregierten Kosten, welche die unterschiedlichen Leistungen im Gesundheitssystem verursachen. Nur wenn Fakten und Zahlen bekannt sind, können evidenzbasierte Entscheidungen erfolgen. Es ist allerdings wichtig, dass die Daten der Versicherer über aggregierte Kosten nicht nur dem BAG zur Verfügung stehen, sondern in Erweiterung der BFS-Statistiken auch publiziert werden und der Öffentlichkeit in einem datenschutzkonformen Format zugänglich sind.

Die Weitergabe von Kosten-Daten pro Person lehnt Interpharma ab. Dies gilt insbesondere bei Arzneimitteln, da die Vertraulichkeit von Preismodellen sonst hinfällig würde.

Art. 42a Abs. 2–3: Elektronische Rechnungsübermittlung

Interpharma begrüsst die Massnahmen der elektronischen Rechnungsübermittlung und die technologische Weiterentwicklung der Versichertenkarte. Diese Schritte zur Nutzung der Digitalisierung ermöglichen Effizienzgewinne und wirken damit kostensparend.

Erfassung und Nutzung von Gesundheitsdaten
In Ergänzung der Kostenbetrachtung ist die Erfassung und Nutzung von Qualitätsdaten zu fördern. Qualitätsdaten sind essentiell in der Beurteilung und Weiterentwicklung fortschrittlicher Gesundheitssysteme. Kosten- und Qualitätsdaten sollten eine evidenzbasierte Weiterentwicklung, Wertorientierung und Innovationstätigkeit im Schweizer Gesundheitswesen prägen. Dafür ist ein gemeinsamer Rahmen notwendig. Bisher konzentrierte sich der Bund auf die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD), um die Nutzung von Gesundheitsdaten im Behandlungspfad zu erleichtern. Die Einführung ist schnell und unter Abschaffung der doppelten Freiwilligkeit des EPD voranzutreiben. Das Potential von Gesundheitsdaten ist allerdings viel breiter, wie es auch die «Strategie Gesundheit 2030» des Bundes mit dem Ziel «Förderung der Digitalisierung und Nutzung der Daten» darlegt.

Interpharma fordert einen breit abgestützten, strukturierten Dialog unter Leistungserbringern, Technologieanbietern und Versicherern, mit dem Ziel der Einrichtung eines gemeinsamen Plans zur Förderung einer verantwortungsvollen Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten.

Die Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten soll kontinuierlich weiterentwickelt werden und neben Qualitätsdaten aus klinischen Studien insbesondere Daten aus Real World Evidence (RWE)-Studien, Versicherungsakten, Registern, EPD und Wearables einbeziehen. Patienten-relevante Messinstrumente wie Patient Reported Outcome Measures (PROMS) sind systematisch zu verwenden und zur Steigerung der Qualität zu nutzen.
Vor diesem Hintergrund sollte Art. 21a VE-KVG grundsätzlich überarbeitet werden. Interpharma lehnt ihn in der vorliegenden Form ab. Eine Gesetzgebung sollte die Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Bund, Leistungserbringer, Technologieanbieter und Versicherer sowie für Forschungszwecke regeln und die Versicherten vor Missbrauch schützen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Dr. René Buholzer
Geschäftsführer

Dr. Heiner Sandmeier
Stv. Geschäftsführer

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Abkürzung der Firma / Organisation	ipw
Adresse	Wieshofstrasse 102, Postfach 144, 8408 Winterthur
Kontaktperson	Herr Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad, Spitaldirektor
Telefon	052 264 33 33
E-Mail	hanspeter.conrad@ipw.ch
Datum	10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziels vorgesehenen Massnahmen sind planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Er spricht sich zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und steht für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
	Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen schränken die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall ein. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenz zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von potentiell psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und damit eine sachgerechte Triage vorzunehmen. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Fachexpertise und Weiterbildung.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gerade bei chronifizierten Krankheiten und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - Erstberatungsstellen für psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, direkt bei psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. In der Psychiatrie besteht - anders als in vielen anderen Fachgebieten - nachweislich eine starke Unterversorgung (z.B. wegen Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten mit Psychosen und somatoformen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert werden. Längerfristig führt dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führt, dass möglichst gesunde Risiken und Patienten/innen mit leichten bzw. mit komplexen psychischen Störungen selektioniert werden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt wird. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Die Folge wären Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen mit entsprechenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die systemrelevanten sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würde die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil die aktuellen (TARMED) und geplanten (TARDOC) Tarifsysteme die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlich gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen werden und zu einer Segregation zwischen leichten und komplexen schweren Krankheitsbildern führen. Kranke Personen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten werden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozialpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegenden, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig ausgeprägt ist. Insbesondere ist die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen ein Hinderungsgrund. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und TARDOC nicht abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind (das ist der Grund, warum DRGs sich in der Psychiatrie nicht bewährt haben), schlagen wir ein Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen.	
	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Ryffstrasse 4, 4056 Basel

Kontaktperson : med.pract. Isaabel Grieb

Telefon : 061-3837180

E-Mail : isabel.grieb@hin.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

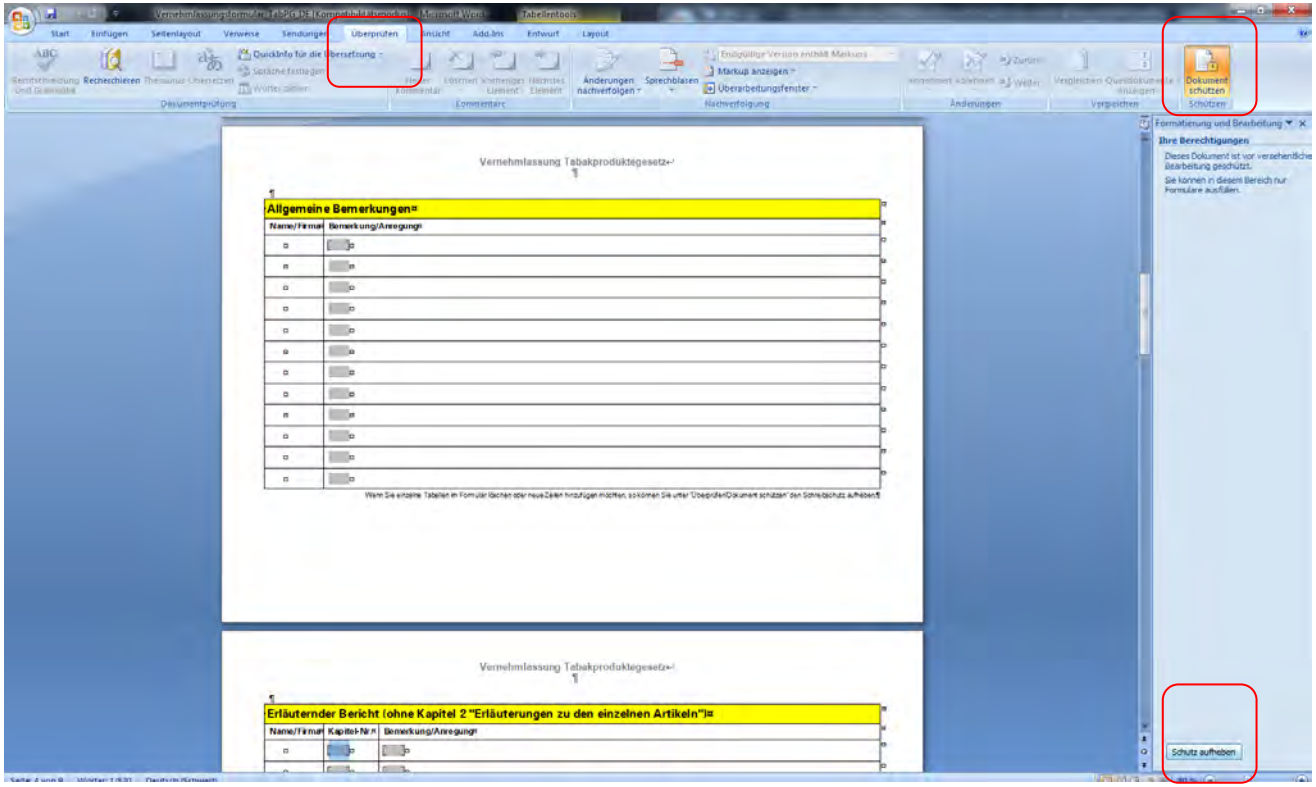
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

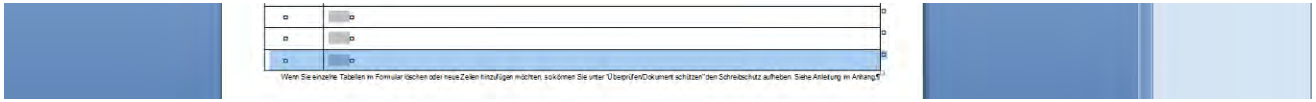
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



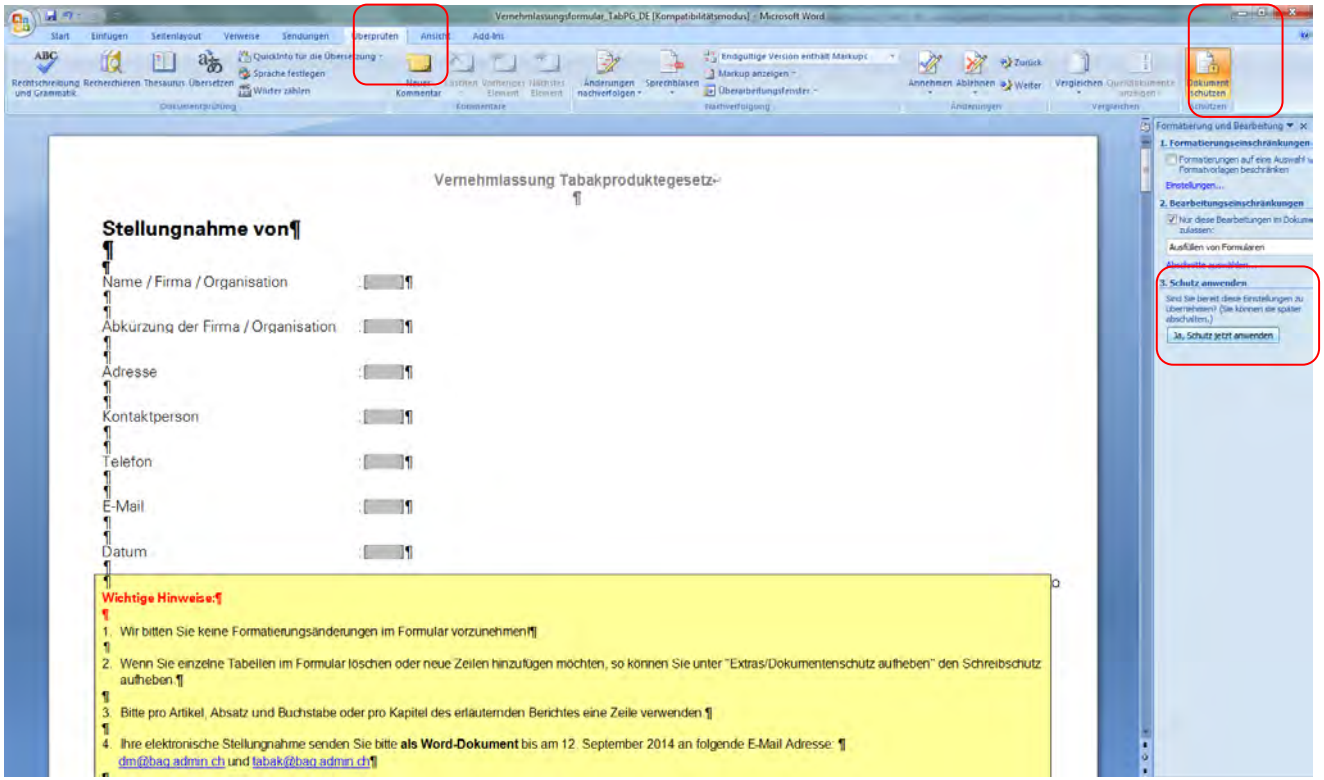
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Florence Jeker, Praxis Reinacherhof

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Im Reinacherhof 53, 4153 Reinach

Kontaktperson : Dr. med. Florence Jeker

Telefon : 061 7178070

E-Mail : jeker@praxisreinacherhof.ch

Datum : 21.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis Solothurnerstrase
Abkürzung der Firma / Organisation	:
Adresse	: Solothurnerstrasse 96, 4053 Basel
Kontaktperson	: Dr. med. Katharina Elster
Telefon	: 0763710387
E-Mail	: kelster@bluewin.ch
Datum	: 10.November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

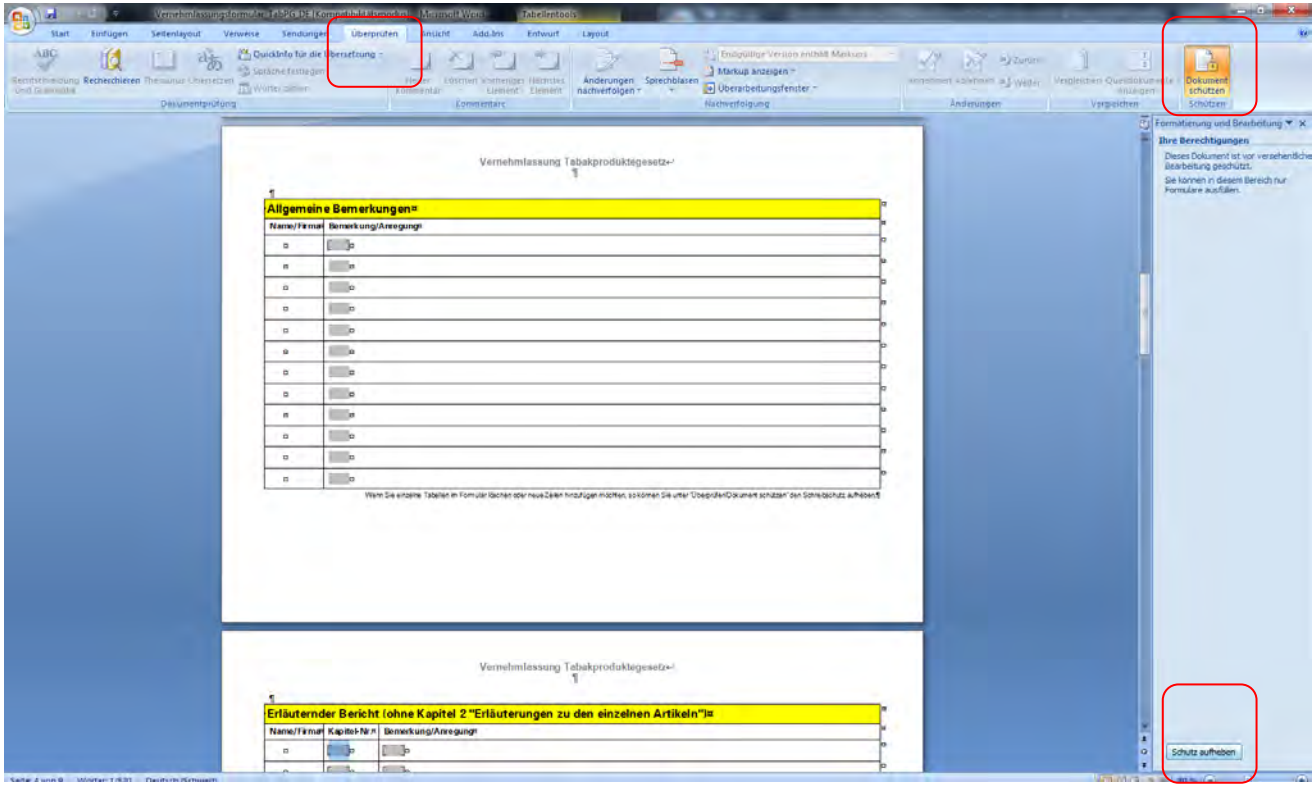
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

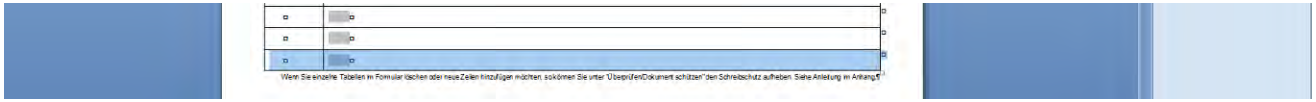
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



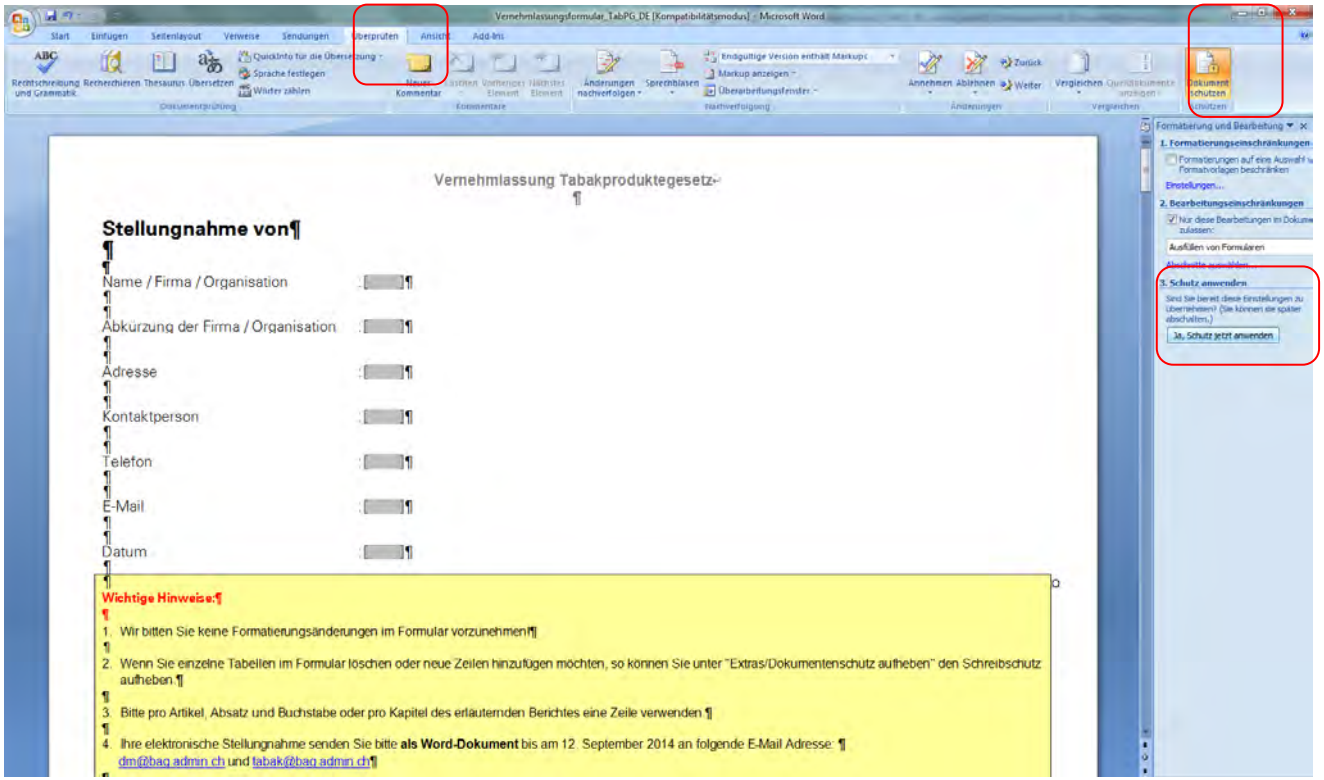
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften

Abkürzung der Firma / Organisation : KKA

Adresse : St. Martinsplatz 8, Postfach 619, 7001 Chur

Kontaktperson : RA lic. iur. Marc Tomaschett, Geschäftsführer

Telefon : 081 257 01 73

E-Mail : info@kka-ccm.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 17

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Die folgende Stellungnahme der KKA stützt sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der BEKAG und der AGZ, deren Ausführungen die KKA vollumfänglich unterstützt und sich ihnen anschliesst.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Firma	**Bemerkung/Anregung**
KKA	**1. Zielvorgaben: Kostensenkung nach einem tayloristischem Ansatz funktioniert im Gesundheitssystem nicht** Die Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik besteht nach Auffassung des Bündner Ärztevereins darin, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern in erster Linie ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Der bessere Schutz der Bevölkerung gegen und bei Epidemien und eine entsprechende Verbesserung der Epidemiengesetzgebung, der Impfvorschriften sowie der möglichen Massnahmen, welche der Bund und die Kantone in einer solchen Situation koordiniert treffen können müssen, gehören dazu. Die KKA spricht sich damit ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele und gegen eine schleichende Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung, Planung und Globalbudgetierung aus. Die unweigerliche Folge wäre die Implementierung einer Zweiklassenmedizin. Die KKA war und ist weder mit der Zusammensetzung der „Expertenkommission Kostendämpfungsmassnahmen“ noch mit dem Expertenbericht vom 24. August 2017 an sich, der im Ausland begangene Fehler für die Schweiz zur Wiederholung vorschlägt, einverstanden. <u>Allgemeine Bemerkungen zu den Kostendämpfungspaketen 1 und 2</u> Der Bundesrat beabsichtigte offensichtlich bereits mit dem Kostendämpfungspaket 1, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor allem im ambulanten Bereich, und damit in erster Linie auch zu Lasten der praktizierenden Ärzteschaft, anzupassen. Auch das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wiederum primär gegen die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte. Direkter Ansatzpunkt der Kostendämpfungspakete ist der Arzttarif, und damit indirekt das über den Tarif erzielbare Einkommen der freipraktizierenden Ärzteschaft. Mit einem nationalen Tarifbüro, mit ersatzweiser behördlicher Tariffestsetzung und mittels Einführung ambulanter Tarifpauschalen soll die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende Tarifpartnerschaft (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr abgeschafft werden. Inskünftig sollen die „Tarifpartner“ u.a. verpflichtet werden, tarifvertraglich eine „gerechtfertigte Kostensteigerung“ zu definieren, bei deren Überschreitung der Tarif korrigiert werden müsste. Ersatzweise würde die Tarifkorrektur behördlicherseits verfügt, sofern sich die Tarifpartner weigern würden, dies umzusetzen.

	EArt. 47c Abs. 6 KVG würde somit bereits im Rahmen einer möglichen Umsetzung des Kostendämpfungspaketes 1 zur Einführung eines verpönten Globalbudgets führen, welches über degressive Tarife umgesetzt werden müsste. In der Analyse der Wirkungen wie auch der unerwünschten Nebenwirkungen sind degressive Tarife den Globalbudgets zuzuordnen. Nur allzu leicht könnte stattdessen auch unter der Ägide des vorgesehenen Experimentierartikels für mehrere Jahre ein Globalbudget zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich in vergleichbarer Art und Weise drohen. Und dies wohlgemerkt unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischer Legitimität sowie für einen längeren Zeitraum. Auch das Kostendämpfungspaket 2 und die CVP-Initiative beinhalten Global-budgets. Ob die Holzhammermethode der CVP angewendet würde, welche eine Kostenbremse bei einer Überschreitung der Steigerungsrate der OKP-Kosten um 20% im Vergleich zur Nominallohnentwicklung während zwei Jahren verlangt, oder ob für die ganze OKP und einzelne Kostenblöcke ähnliche Kostenziele definiert werden, ist eher nebensächlich. Das Gesundheitswesen würde mit Globalbudgets, namentlich auch im ambulanten Bereich, auf den Kopf gestellt, würde es doch dann attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln. Dies wiederum würde bei einer diesen neuen Anreizen entsprechenden Verschlechterung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bald zusätzliche Qualitätssicherungsmassnahmen notwendig machen. Wegen der zu befürchtenden Verzögerung wichtiger Behandlungen und angesichts des mit dem neuen Versorgungssystem verbundenen administrativen Mehraufwands im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnamen würde das Gesundheitswesen so sicher nicht günstiger. Es würde weniger Geld für die Patientenbehandlung und mehr Geld für die Administration eingesetzt. Alle Globalbudgets müssen bekämpft und mit Abstimmungsreferenden vors Volk gebracht werden, weil sie tendenziell zu Unterversorgung, vor allem der ärmeren Bevölkerung, und zu ungerechten Ergebnissen, wie z.B. Zweiklassenmedizin, führen. Denn letztendlich geht es dabei um Einsparungen zugunsten der gesunden Prämienzahler, welche sich automatisch zum Nachteil der kranken Patientinnen und Patienten auswirken. Das Arzt-Patientenverhältnis wird untergraben, wenn der Arzt via Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln. Es widerspricht dem hippokratischen Eid, wenn sich die Ärztin oder der Arzt nicht mehr unabhängig für eine möglichst optimale Behandlung seiner Patientin oder seines Patienten einsetzen kann. Der Bundesrat würde, obwohl er dies kaum bewusst beabsichtigen dürfte, mit der Umsetzung der Globalbudgets der Kostendämpfungspakete 1 und 2 den freien Berufsstand der praktizierenden Ärzteschaft im Wesentlichen abschaffen. Sei es via Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von sog. Erstanlaufstellen. Obwohl das Volk die „Managed-Care-Vorlage“ klar abgelehnt hat, werden in der jetzigen Vernehmlassungsvorlage erstaunlicherweise erneut ähnliche Vorschläge vorgebracht und sogar noch verschlimmert. Die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte würden damit in zwei Gruppen aufgeteilt. Wer als Erstanlaufstelle

	qualifiziert, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche ihn als Erstanlaufstelle wählt. Dies unabhängig davon, ob die bei ihm eingeschriebenen Versicherten überhaupt eine Behandlung benötigen. Das Nichtbehandeln würde belohnt, und wer eine solche Erstanlaufstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Mit Werbung möglichst viele Versicherte zu gewinnen, würde äusserst lukrativ. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstanlaufstelle qualifizieren, könnten dann, mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstanlaufstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Hausärzte und Grundversorger sollen also, damit sie der Vorlage zustimmen, dieses Zückerchen einer „Einkommensgarantie als Gatekeeper“ schlucken, womit sie inskünftig faktisch (via ihre Versicherten und deren Kopfpauschalen) bei der OKP angestellt wären – indessen ohne effektiv alle wesentlichen Vorteile eines Angestellten zu geniessen. Denn gleichzeitig würden sie weiterhin selber AHV und BVG in die Sozialversicherung einzahlen und ihre eigenen Unternehmerrisiken tragen. Die Kopfpauschale wäre vielleicht anfangs grosszügig bemessen, aber nur solange, bis diese vom Bundesrat gekürzt wird. Das Zückerchen könnte damit rasch zur bitteren Pille werden. Nur noch Gatekeeper-Arzt oder „Zetteli-Arzt“ zu sein, mit abnehmenden ärztlichen Befugnissen und gleichzeitig stets abnehmendem Jahreseinkommen, wäre bald nicht mehr so attraktiv wie angedacht. Und wenn Patientinnen und Patienten ihren Spezialarzt ohne Ermächtigung der Erstanlaufstelle nicht mehr direkt aufsuchen dürften, würden gleichzeitig auch die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse. Dementsprechend sollte sich die Ärzteschaft nicht spalten lassen und jedes Global-budget, inkl. diejenigen Massnahmen, die vom EDI lediglich aus taktischen Gründen mit anderen Begriffen umschrieben werden, aber ebenfalls Globalbudgets sind, weil sie sich so auswirken, entschieden bekämpfen. Weil sich die KKA gegen jede Rationierung im Rahmen der OKP wehrt, spricht sie sich hiermit im Interesse aller Mitglieder auch dezidiert gegen die vorgesehene Erstanlaufstelle aus. Die KKA ist gegen ein derartiges Obligatorium der eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer. Die Versicherten sollen selbstverständlich weiterhin das Recht haben, freiwillig besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder (neu) auch ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung zu wählen.

Die KKA hat Respekt vor allen Expertinnen und Experten, die im Jahr 2017 in einem sehr kurzen Zeitraum von sechs Monaten den Auftrag des Bundesrats umgesetzt haben, Massnahmen zur Beeinflussung des Mengenwachstums von Gesundheitsleitungen, zu Änderungen des regulatorischen Rahmens und zur Vermeidung unnötiger Leistungen vorzuschlagen. Die KKA hat weiter Respekt vor allen Studienautorinnen und Autoren, die mittels eigener theoretischer Analysen oder internationalen Vergleichsstudien Effizienz- und Sparpotenziale für das Schweizer Gesundheitswesen identifizieren. Die KKA lehnt aber trotzdem das Experten-zentrierte Vorgehen des Bundesrats in dieser Form ganz grundlegend ab. Denn der Bundesrat vermeint, gestützt auf dieses Expertenwissen, mit einem tayloristischen Ansatz am komplexen System Gesundheitswesen wie bei einer komplexen Maschine an vielen einzelnen Rädchen drehen zu können, im Glauben und der Hoffnung, dass die damit verbundenen anderen Rädchen sich ebenfalls in eine bestimmte Richtung drehen und zu einem beabsichtigten Ergebnis führen. Dieser Ansatz ist sowohl international gescheitert, denn Kosteneinsparungen sind mit vergleichbaren Massnahmen in andern Ländern nie in der beabsichtigten Form eingetreten. Er ist auch in der Schweiz mit ähnlichen Ansätzen in Teilbereichen bisher gescheitert und muss auch weiterhin scheitern. Denn bei allem wird eines vergessen: der «Faktor Mensch»: Der Mensch, der als Anbieter von Gesundheitsleistungen die Rädchen der komplexen Maschine Gesundheitswesen am Laufen hält, und der Mensch, der als Konsumenten der Gesundheitsleistungen mit der komplexen Maschine Gesundheitswesen interagiert.

Die «Zielvorgaben» des Kostendämpfungspakets 2 enthalten mit ihren in Art 54d festgehaltenen Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele den gleichen Mechanismus wie eine «Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)» zwischen Krankenversicherern und Ärzten, mit der die Versicherer (im Kanton Zürich während 10 Jahren zwischen 2006 und 2016; 2016 hat die KKA die LeiKoV gekündigt, nachdem die Versicherer erneut die Taxpunktwerte um 2 Rp senken wollten) versuchten, die Mengen und die Kosten der ärztlichen Leistungen durch Preissenkungen (Senkung der kantonalen Taxpunktwerte) zu steuern. Diese Strategie ist gescheitert bzw. sind die gegenteilige Effekte und unbeabsichtigte Auswirkungen auf die ambulante Versorgung eingetreten, die nachfolgend beschrieben werden.

Exkurs: «Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)»

Die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Spannungsfeld zwischen Angebot und Nachfrage wird neben dem grundlegenden Faktor der Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft (siehe unten unter Ziff. 3.) in erster Linie von nicht ökonomischen Faktoren wie Demografie, Veränderungen des Krankheitsspektrums, medizinischer Fortschritt bzw. Innovationen infolge (Weiter-) Entwicklung bestehender und neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zum Teil bewusst neu in den Leistungskatalog aufgenommen wurden, bestimmt. Diese Faktoren sollten zwar bei der durch die LeiKoV mittels Preisveränderungen zu beeinflussenden Kosten als «Korrekturfaktoren» berücksichtigt werden. Das wurde aber nie gemacht bzw. wäre offensichtlich gar nicht möglich gewesen. Auch Studien wie bspw. die des OBSAN über die Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010[1] leisten keine Hilfe, weil sie Veränderungen von Leistungsmengen und -kosten beobachten und beschreiben, aber keine fundierte Begründung bzw. Nicht-Begründung von Leistungsmengen und -kosten mit demografischen oder medizinischen Faktoren liefern. Nicht berücksichtigt wird, dass bei der tatsächlichen Erbringung bzw. Inanspruchnahme der Leistungen auch individuelle Verhaltensweisen bzw. soziale Verhaltensmuster mitspielen («Faktor Mensch»), die wiederum durch andere

[1] OBSAN Bericht 53 (2012)

	Faktoren wie Veränderung von sozialen Normen und Werten, sozialen Lebensverhältnissen, Wohlstand etc. beeinflusst werden. Trotz oder wegen der Nicht-Erklärbarkeit des Mengen- und Kostenwachstums von Arztleistungen wurde unter dem Regime der LeiKoV versucht, das Wachstum der Mengen und Kosten durch Preissenkungen zu dämpfen. Der «Faktor Mensch» führte auf der Angebotsseite zu Reaktionen der Ärzte, die versuchten, Einkommensverluste zu vermeiden bzw. zu minimieren, und die auch in anderen Wirtschaftszweigen bei Preissenkungen üblich sind, zum Teil aber wegen der Besonderheit des Gesundheitsmarktes ohne Vergleich dastehen. *Durch «Rationalisierungsmassnahmen» wurde versucht, die Gestehungskosten der Leistungserbringung durch Optimierung der Behandlungsprozesse zu senken, mehr Patienten in der verfügbaren Zeit zu betreuen, nicht rentable Leistungen zu verschieben (zu anderen Fachärzten, in Spitäler, zu anderen Leistungserbringern, ...) bzw. nicht mehr zu erbringen, keine Investitionen in die Infrastruktur zu tätigen (unter dem LeiKoV-Regime war ein deutlicher Rückgang der Investitionen festzustellen), Infrastrukturkosten durch Zusammenschluss zu Gruppenpraxen zu teilen oder die selbständige Praxisführung aufzugeben und sich in einer grösseren, als Aktiengesellschaft oder GmbH geführten ambulanten ärztlichen Institution anstellen zu lassen. Letzteres passiert/e oft deshalb, weil Ärzte unter dem Preisdruck die Motivation zur Selbständigkeit verlieren, und für sie die Anstellung mit einem fixen Lohn die attraktivere Variante ist.* *Zu letzterem Phänomen ist eine Nebenbemerkung zu der vom Bundesrat in seinem Kostendämpfungspaket mehrfach zitierten Effizienzstudie des Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und des Forschungsinstituts INFRAS[2] angebracht, worin die ökonomisch nachvollziehbare These aufstellt wird, dass grössere ambulante Organisationen von Ärzten effizienter seien, weil sie ihre Fixkosten auf eine grössere Anzahl von Leistungserbringern verteilen könnten, woraus ein (durch Preissenkungen realisierbares) Effizienzpotenzial bei den ambulanten ärztlichen Behandlungen von angeblich 423 Mio. CHF resultiere. Wenn selbständige Ärzte sich zu Gruppenpraxen zusammenschliessen, dann deshalb, weil sie sich administrativen und finanziellen Aufwand teilen wollen, um trotz der bereits bisher gesunkenen Preise ihrer Leistungen ein für sie noch akzeptables Einkommen erzielen zu können. Oft handelt es sich um Ärztinnen aber auch Ärzte, die nicht mehr in Vollzeit sondern in Teilzeit arbeiten wollen. Selbständige Ärzte in Einzel- oder Gruppenpraxen haben heute nach einem über 10 Jahre andauernden Preisverfall unter dem LeiKoV-Regime ihr Effizienzpotenzial weitgehend ausgeschöpft. Weitere Preissenkungen würden den Trend zur Aufgabe der Selbständigkeit und zur vermehrten Anstellung in oft im Besitz von arztfremden Investoren befindlichen ambulanten ärztlichen Institutionen verstärken. In diesen Institutionen ist zwar der auf die einzelnen angestellten Ärzte umgelegte Infrastrukturanteil relativ gering, was einer theoretischen Effizienz entspricht. Aber es muss neben dem grössten Fixkostenposten, den Löhnen des medizinischen Personals, auch ein zusätzlicher Overhead-Aufwand und ein Gewinn für die Eigentümerschaft erwirtschaftet werden.* *Für die Anstellung in einer AG oder GmbH als «Ausweich-Organisationsform» von selbständigen Ärzten als Folge von Preissenkungen gilt daher schon jetzt viel mehr als in selbständigen Praxen: die Patienten werden nach ökonomischen Prinzipien ganz eng getaktet, und es wird ein Maximum an möglichen Leistungen erbracht. Dem in der Studie theoretisch attestierten Effizienz-Ansatz stehen dann in grossen ambulanten Institutionen in der Realität der Leistungserbringung aufgrund einer an ökonomischen Zielen orientierten Betriebsführung höhere Leistungskosten gegenüber, die, und das hat die LeiKoV bestätigt, den Effekt der geringeren Preise überstiegen. Die sich nach unten drehende Spirale der sinkenden Preise = Taxpunktwerte für ambulant tätige Ärzte wird hingegen nicht ad infinitum fortgesetzt werden können. Denn bereits heute verbleiben wegen der sinkenden Attraktivität der ärztlichen Berufsausübung in ambulanten Praxen immer mehr ausgebildete Fachärzte in Anstellungsverhältnissen zu Spitälern (was durch den Trend «ambulant vor stationär» fortgesetzt werden wird), wo sie tendenziell*

[2] Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW und INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen

mehr verdienen: der durchschnittliche Betriebsgewinn der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte beträgt zurzeit im Median (alle Fachärzte aller Altersgruppen) CHF 153'000[3], womit Ärzte als selbständige Unternehmer nach einer längeren Praxiskarriere weniger Einkommen erzielen, als Ärzte in einer Kaderfunktion in Spitälern.

Eine weitere Bemerkung zum ökonomischen Prinzip und dem Unterschied zwischen Gesundheitswesen und anderen Branchen: Während Unternehmen in anderen Branchen bei einem Preisverfall den Globalisierungstrend nützen und die Produktion zum Zweck der Kostensenkung bzw. Gewinnmaximierung ins Ausland verlagern, ist das bei den Anbietern von ärztlichen bzw. medizinischen Dienstleistungen nicht möglich. Die «Verausländerung» der Leistungserbringung vollzieht sich im Inland. Ärzte und Angehörige von Pflegeberufen, für die die Schweizer Einkommen bzw. Löhne (noch) attraktiv sind, werden in der Schweiz tätig bzw. müssen rekrutiert werden, wenn bzw. weil der Arzt- oder Pflegeberuf unter anderem wegen unbefriedigender Löhne (im Vergleich zu anderen Branchen) und damit zusammenhängender unbefriedigender Arbeitsbedingungen (grosser Zeitdruck, Administration) für inländische Erwerbstätige unattraktiver wird.

Aufgrund der während der LeiKoV gewonnen Erfahrungen und deren Auswirkung auf die ambulante Versorgung erwarten und befürchten wir mittelfristig folgende vom Bundesrat vermutlich nicht geplanten Effekte:

- «Entfremdung des Arztberufs»: Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen von Ärzte-eigenen Praxen in von Investoren betriebene ambulante Institutionen (siehe aktuelles negatives Beispiel der Kette «Mein Arzt»). Eine Reduktion von Leistungskosten durch weitere Tarifsenkungen wird dadurch kaum eintreten, eher eine – kurzfristige – Erhöhung von Leistungsmengen und Kosten aufgrund der ökonomischen Ziele der Investoren, zur Gewinnoptimierung möglichst viele Leistungen abrechnen zu können. Mittel- und langfristig wird auch der Betrieb von ambulanten Institutionen für Investoren unattraktiv werden, und sie werden sich aus dem ambulanten Gesundheitssektor zurückziehen.
- Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen vom Arzt-ambulanten in den Spital-ambulanten Sektor: Spitäler bieten bereits jetzt durch die Strategie «ambulant vor stationär» gezielt mehr ambulante Leistungen an und werden ihre Spitalambulatorien in den nächsten Jahren ausbauen, solange das im Kontext der Zulassungsregulierung möglich ist. Sie werden das mittel- und langfristig tun müssen, weil der Arzt-ambulante Sektor schrumpfen wird. Spitalambulatorien haben höhere Betriebskosten als Arztpraxen und können bereits jetzt nur durch Quersubventionierung aus Steuermitteln kostendeckend arbeiten. Die Steuersubventionierung wird zunehmen müssen, wenn die Preise (Taxpunktwerte) der spitalambulanten Leistungen weiter sinken. Somit wird es keine Kostendämpfung, sondern eine Verlagerung der Finanzierung der Gesundheitskosten vom Prämien- zum Steueranteil geben.
- Erhöhung des Ausländeranteils bei Ärzten: Vor allem bei den Ärzten (aber auch bei anderen Gesundheitsberufen) werden mehr Ausländer rekrutiert werden müssen. Wenn Spitäler zwar zurzeit im Vergleich zu Arztpraxen zunehmend attraktivere Arbeitgeber werden, wird das infolge des zunehmenden Budgetdrucks auf die Spitäler mit den Konsequenzen für die Arbeitsbedingungen des Personals mittel- und langfristig nicht mehr der Fall sein. Inländische Spitalärzte und Pflegerinnen werden vermehrt ihren Beruf aufgeben, respektive werden junge Menschen

[3] Medienmittelung Bundesamt für Statistik: Arztpraxen und ambulante Zentren 2018, 02.10.2020

	wegen der sinkenden Attraktivität im Vergleich zu andern Branchen nicht mehr diese Berufsausbildungen wählen, und es wird kein Weg daran vorbeiführen, noch mehr ausländisches Gesundheitspersonal zu rekrutieren (sofern das noch möglich sein wird). Diese Effekte werden eintreten, weil die nationalen und kantonalen Kostenziele des Massnahmenpakets «Zielvorgabe» bei Nicht-Erreichung des Ziels von den Tarifpartnern bzw. durch die Kantone nur mit dem Instrument der Tarifsenkungen erreicht werden können, eine andere Möglichkeit besteht nicht. Denn die KKA musste insbesondere seit dem Jahr 2015 in Verhandlungen mit Krankenversicherern erfahren, dass Versicherer nicht in der Lage bzw. nicht daran interessiert sind, über Alternativen zur – siehe oben – gescheiterten Kostendämpfungsstrategie via Preissenkungen zu verhandeln. Eine weitere Tarifsenkung, um nationale oder kantonale Zielvorgaben zu erreichen, wird aber die oben beschriebenen, nicht kontrollierbaren Effekten haben und im Ergebnis zu einer Verschlechterung der (ambulanten) Gesundheitsversorgung und der Patientenbetreuung führen, die nicht mehr in der bisherigen Qualität verfügbar sein werden - zumindest nicht für alle OKP-Versicherten sondern im Sinne einer Zweiklassenmedizin nur noch für die vermögenderen Bevölkerungsschichten, die bereit und in der Lage sein werden, nicht mehr über die OKP verfügbare ambulante Leistungen bzw. eine bessere Betreuung privat einzukaufen.
KKA	**2. Zielvorgaben: Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die sinnvollere Alternative** Vollkommen unverständlich ist diese gross angelegte Budgetierung von Leistungen nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zurzeit im Umsetzungsstadium befindlichen Revision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Durch diese gesetzlich verankerte, umfassende Qualitätsstrategie werden sich alle Ärztinnen und Ärzte an Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung beteiligen, und diese Massnahmen werden ab dem Jahr 2022 in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer verbindlich vereinbart werden (Art. 58a KVG). Das scheint eine wesentlich sinnvollere Alternative zu sein, anstatt mit einer ungezielten Kostendeckelung nicht nur keine Ineffizienzen zu beseitigen sondern auch die Versorgungsqualität zu verschlechtern: weil sie ermöglicht, durch Qualitätsmassnahmen wie bspw. Smarter Medicine oder Stärkung fachspezifischer Qualitätsstandards die Effizienz zu steigern, und damit – noch nicht bezifferbare aber zwangsläufig eintretende – **kostendämpfende Effekte**, **bei gleichzeitiger Erhaltung und Förderung der Versorgungsqualität** zu erzielen.
KKA	**3. Zielvorgaben: Es droht eine Rationierung von Gesundheitsleistungen** Zum Verschwinden von Leistungen aus der OKP wird im Zusammenhang mit den drohenden ambulanten Zielvorgaben die **Strategie ambulant vor stationär** beitragen. Die staatlich verordnete Ökonomisierung der Spitalversorgung durch das DRG-System hat zur Verschiebung von Leistungen und Kosten geführt, indem vorher in Spitälern erbrachte, von den Tagespauschalen abgegoltene Leistungen in den ambulanten Sektor ausgelagert wurden. So sind bspw. die von der Effizienzstudie beanstandeten, in der Schweiz vergleichsweise hohen ambulanten radiologischen Leistungen unter anderem darauf zurückzuführen, dass Spitäler die Radiologie zum Teil ambulant ausgelagert haben. Eine weitere (zu begrüssende) Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor findet zurzeit durch nationale bzw. kantonale Listen von vorwiegend ambulant zu erbringenden Leistungen statt. Wenn nun die gewollt zunehmenden ambulanten Leistungen bei Überschreitung ambulanter Zielvorgaben nicht mehr oder nicht mehr ausreichend bezahlt und daher auch nicht mehr erbracht werden können, gibt es keinen Überlaufkanal mehr. Anders als bei der Verlagerung von stationär zu

	ambulant kann eine vom ambulanten Sektor nicht mehr erbringbare Leistung nicht durch eine andere Leistung substituiert werden. Das bedeutet zwangsweise eine Rationierung von ambulanten Gesundheitsleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ein Teil der Bevölkerung wird sie sich daher in Zukunft privat einkaufen (Zweiklassenmedizin).
KKA	**4. Zielvorgaben: Die Kostensituation wird unvollständig interpretiert** Der Bundesrat verfolgt seit längerem und insbesondere seit dem Jahr 2018 mit den Massnahmenpaketen 1 und 2 auf Grundlage des Expertenberichts aus dem Jahr 2017 das prioritäre gesundheitspolitische Ziel einer Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Die KKA verkennt nicht die Notwendigkeit, dass auch in der Schweiz als einem der reichsten Länder der Welt über die Effizienz des hochentwickelten Schweizer Gesundheitssystems und somit auch über sinnvolle Möglichkeiten von Kosteneinsparungen diskutiert werden muss. Die KKA ist aber der Auffassung, dass der Bundesrat die falschen Schlüsse zieht, und die falschen Massnahmen ergriffen werden, denn die prioritär auf Kosteneindämmungen im Gesundheitswesen zielende Strategie des Bundesrats basiert aus unserer Sicht auf einer unvollständigen Interpretation der Kostensituation.
KKA	**4.1. Das Schweizer Gesundheitssystem kostet nicht viel mehr als andere Gesundheitssysteme** Es mag den Anschein haben, dass die Schweiz mit einem Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 12% eines der teuersten Gesundheitssysteme hat. Betrachtet man aber nur die staatlichen und obligatorischen Gesundheitsausgaben, beträgt der Anteil am BIP allerdings nur 7.8%; die Schweiz ist damit gleichauf mit Österreich und Belgien und hat geringere obligatorische Ausgaben als das Vereinigte Königreich (8.0%), die Niederlande (8.2%), Dänemark (8.4%), Norwegen (9.0%), Japan (9.3%), Schweden (9.3%), Frankreich (9.4%), und Deutschland (9.9%).[4] Der Teil der Ausgaben, den die Schweizer Bevölkerung per Gesetz verpflichtend für das Gesundheitssystem ausgeben muss, und für den der Staat somit die regulatorische Verantwortung trägt, ist demnach vergleichsweise gering. Einen beträchtlichen Anteil der Gesundheitsausgaben zahlen die Menschen in der Schweiz freiwillig bzw. aus der eigenen Tasche. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob es legitim ist, dass der Bundesrat bei seinem Kostendämpfungsziel auf den 12%-Anteil der Gesamtgesundheitskosten am BIP abstellt oder ob er sich nicht ehrlicherweise auf die 7.8% Pflichtkosten beziehen sollte, mit denen die Schweiz aber nicht an der Spitze, sondern im Mittelfeld liegt. Das Abstellen auf die Gesamtgesundheitskosten passt insbesondere nicht mit dem Vorwurf zusammen, es gebe eine nachfrageinduzierte Mengenausweitung aufgrund von Moral Hazard-Verhalten der versicherten Personen. Der These einer Anspruchsmentalität der Grundversicherten zulasten der Versichertengengemeinschaft steht die Realität eines relativ hohen Eigenfinanzierungsanteils der konsumierten Gesundheitsleistungen respektive der Bereitschaft und der Kapazität eines grossen Teiles der Bevölkerung zu dieser Eigenfinanzierung gegenüber, die über mehr Erspartes verfügt (siehe weiter unten). In Deutschland ist die Situation ganz anders. Dort machen die staatlichen und obligatorischen Ausgaben für das Gesundheitssystem mit fast 10% am BIP erstens deutlich mehr und zweitens fast alle Gesamtausgaben aus, die bei 11.7% liegen.

[4] OECD Health Data 2019, https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9

KKA	**4.2. Die Gesundheitskosten sind nicht zu hoch, weil sie stärker als das BIP steigen** Reiche Volkswirtschaften geben mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus – nicht nur absolut, sondern auch in Relation zum Einkommen. Das weist nicht auf einen Missstand hin, sondern ist Folge davon, dass der Gesundheit neben anderen Konsumausgaben mit zunehmendem Wohlstand ein grösserer Stellenwert zukommt, und in diesen Ländern die Gesundheitsversorgung zugänglicher und qualitativ besser ist. Deutlich wird dieser Zusammenhang zum einen im Zeitablauf – nimmt das Bruttoinlandsprodukt (BIP) eines Landes im Zeitablauf zu, steigt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP – und zum anderen im Ländervergleich - Länder mit geringen Wohlstandsniveaus, geben einen geringeren Anteil ihres BIP für Gesundheitsversorgung aus als Länder mit hohen Wohlstandsniveaus.[5] Im Übrigen wird, sofern es auch in den nächsten Jahren zu einem sinkenden BIP kommen sollte, infolge dieses Zusammenhangs auch der Anteil der Gesundheitskosten am BIP zurückgehen, dies trotz zusätzlicher Pandemiekosten. Die Annahme, die Entwicklung der Gesundheitskosten müsse sich konstant zur wirtschaftlichen Entwicklung bewegen, ist somit falsch und wird der steigenden Nachfrage von Gesundheitsleistungen in einer reichen Volkswirtschaft nicht gerecht. Unklar ist und geht auch aus dem Expertenbericht des Bundesrats nicht hervor, ob bzw. warum in der Schweiz das Verhältnis zwischen (obligatorischen) Gesundheitsausgaben und BIP nicht stimmen bzw. ein Indiz dafür sein sollte, dass das System nicht genug effizient und zu teuer sei.
KKA	**4.3. Die Schweiz kann sich ihr Gesundheitssystem leisten** Die Schweizer Volkswirtschaft kann sich die gesundheitsbezogenen Ausgabensteigerungen aggregiert betrachtet gut leisten. Dies belegen die Haushaltsbudgeterhebungen des Bundesamts für Statistik. Die Budgetsituation der Haushalte hat sich seit 2006 verbessert. Ein durchschnittlicher Haushalt hatte 2017 nach Abzug aller Ausgaben (für obligatorische Steuern, Abgaben und Prämien, übrige Versicherungen, Gebühren und Übertragungen sowie Konsumausgaben) mehr Geld für Ersparnis zu Verfügung als 2006. Die Ersparnis stieg in dieser Zeit von 9.9% auf 14.4% am Bruttoeinkommen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben (obligatorische Krankenkassenprämien, Zusatzversicherungsprämien und out-of-pocket Gesundheitsausgaben) am Bruttoeinkommen ist zwischen 2006 (10.2%) und 2017 (10.5%) konstant geblieben[6]. Der durchschnittliche Haushalt gibt also verhältnismässig nicht mehr für die Gesundheitsversorgung aus und hat am Ende des Monats einen grösseren Anteil seines Bruttoeinkommens übrig. Das Narrativ vom Finanzierungsproblem im Gesundheitswesen ist daher falsch und damit auch der Fokus auf allgemeinem Kostensparen und generellen Budgetkürzungen. Dagegen darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Belastung einzelner Bevölkerungsteile von der oben dargestellten guten durchschnittlichen Budgetsituation der Haushalte abweicht und dass Finanzierungslösungen für stärker belastete Haushalte

[5] Quellen: OECD Data 2019, Gross Domestic Product (GDP), https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm, OECD Health Data 2019, https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9

[6] Haushaltsbudgeterhebung Bundesamt für Statistik, Haushalteinkommen und -ausgaben sämtlicher Haushalte nach Jahr (https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.assetdetail.10867220.html)

	gefunden werden müssen. Anstelle der allgemeingültigen Kostenreduktion sollte daher die unterschiedliche Lastenverteilung ins Zentrum der Diskussion gerückt werden.
KKA	**5. Zielvorgaben: Der Nutzen der Gesundheitsversorgung ist hoch – und wird nicht berücksichtigt** Man sollte meinen, dass die Kostendämpfungsmassnahmen vom Bundesrat vorgeschlagen werden, weil der Nutzen der teuren Gesundheitsversorgung den Kosten nachhinkt, und die Bevölkerung nicht angemessen von den Leistungen des Schweizer Spitzengesundheitssystems profitiert. Tatsächlich ist der Nutzen im internationalem Vergleich sehr gross, wie bspw. die unmittelbare Wirkung des Gesundheitssystems auf die Lebensdauer der Bevölkerung zeigt. [7] Auch bei den Wartezeiten, dem Zugang und der Zufriedenheit steht die Schweiz regelmässig im Ländervergleich an der Spitze.[8] Demzufolge zeigen Umfragen, dass die Bevölkerung mit dem Status quo der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden ist und keinen Abbau von Leistungen, sondern die Beibehaltung des hohen Niveaus der Leistungen aus der Grundversicherung wünscht. Die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung, um den hohen Nutzen der Gesundheitsversorgung erhalten zu können, ist sehr hoch. Die Bereitschaft, für eine Kostensenkung individuelle Einschränkungen hinzunehmen, geht sogar tendenziell zurück.[9] Es ist unverständlich, warum sich der Bundesrat in seiner gesundheitspolitischen Strategie bei seinem Vorschlag von Kostendämpfungsmassnahmen nicht damit auseinandersetzt, mit welchem Nutzenverlust für die Bevölkerung diese Vorschläge einhergehen. Es wird im Gegenteil mit der Fokussierung der Kostendämpfungsmassnahmen auf den ambulanten Sektor der Hebel dort angesetzt, wo die Bevölkerung den grössten Nutzen sieht. Eine Einschränkung der freien Arztwahl, sei es nach Kosten-, Qualitäts- oder Effizienzkriterien, sieht die Bevölkerung als den grössten Nutzenverlust an, respektive müssten die Krankenkassenprämien dafür sehr stark sinken, um den Nutzenverlust in Kauf zu nehmen.[10]

[7] Die unmittelbare Wirkung des Gesundheitsversorgungssystems auf die Lebensdauer kann durch den Indikator der vermeidbaren Sterblichkeit (Treatable Mortality Rate), der vorzeitigen vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbaren Sterblichkeit gemessen werden. In der Schweiz gibt es pro 100'000 Einwohner nur knapp 53 Fälle von vorzeitiger Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wären. Das ist im OECD-Vergleich der absolut tiefste Wert. Quelle: Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, S. 59

[8] Euro Health Consumer Index 2018: Das Schweizer Gesundheitswesen ist bezüglich Zugang zu medizinischen Leistungen mit Abstand das beste europäische Land. Gemessen wird dieser Indikator anhand der Wartezeiten bspw. für Termine beim Hausarzt oder für operative Eingriffe. Insbesondere Deutschland und Grossbritannien, die in der politischen Diskussion um Qualität und Kosten immer wieder als Vergleichsländer herangezogen werden, schneiden in dieser Disziplin schlecht ab

[9] gfs Gesundheitsmonitor 2018

[10] H. Telser, Wie viel ist uns die Qualität im Gesundheitswesen wert?, Die Volkswirtschaft 3 / 2017

KKA	**6. Zielvorgaben: Behauptete Ineffizienzen sind anzuzweifeln – Kostendämpfungsmassnahmen beseitigen Ineffizienzen nicht** Die KKA verkennt nicht, dass es in einem teuren Gesundheitssystem, das einen grossen Nutzen mit sich bringt, auch Effizienzpotenziale geben kann. Das ist dann der Fall, wenn der gleiche hohe Nutzen mit weniger Ressourcen erreicht werden könnte. Allein solche Effizienzpotenziale können Massnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen rechtfertigen, wenn dadurch die Ineffizienzen gezielt bekämpft und beseitigt werden, und dabei die Versorgungsqualität nicht leidet. Bei den vorgeschlagenen Massnahmen, insbesondere bei den zentralen Massnahmen der Zielvorgabe, aber auch bei der Erstberatungsstelle, ist das nicht der Fall. Die im erläuternden Bericht zum zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung mehrfach prominent zitierte Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ZHAW und der INFRAS identifiziert im Schweizer Gesundheitssystem ein Effizienzpotenzial von 16 – 19% aller KVG pflichtigen Leistungen. Angesichts des offensichtlich grossen Gewichts dieser Studie für den Bundesrat und der attestierten hohen Ineffizienz des Schweizer Gesundheitssystems kommen wir nicht um eine kurze, bespielhaft gehaltene Kritik der Studie herum: - Unklar ist, ob bei den identifizierten Effizienzpotenzialen das jeweilige Versorgungsniveau beibehalten werden kann, wenn die angestrebten Einsparungen dort realisiert werden[11]. Diesen Beweis kann die Studie erwartungsgemäss nicht antreten.

[11] Beispielsweise berufen sich die Studienautoren bei der Bestimmung des Effizienzpotenzials von unnötigen Laboranalysen (M3.S2) darauf, dass bei 11.5% der Befragten einer Studie über einen Zeitraum von zwei Jahren mindestens ein medizinischer Test wiederholt wurde. Dabei ist weder genau definiert, um was für einen Test es sich handelte noch, ob dieser Test ambulant oder stationär durchgeführt wurde. Trotz der geringen Kenntnis zu den Umständen der wiederholten Tests, gehen die Studienautoren davon aus, dass die Wiederholungen der Tests medizinisch unnötig und ineffizient waren und dass es nicht zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung gekommen wäre, wenn diese Tests innerhalb der zwei Jahre nicht wiederholt worden wären.

	- Ausserdem geht die Studie bei der Bezifferung der Effizienzpotenziale von zahlreichen Annahmen aus. Diese sind zum Teil falsch[12], und zum Teil werden Annahmen getroffen, die ebenso auch in die gegensätzliche Richtung ausfallen könnten[13]. - Falsch ist darüber hinaus, dass die Studie einzelne Effizienzpotenziale in das Gesamteffizienzpotenzial miteinberechnet, zu denen die entsprechenden Massnahmen bereits umgesetzt sind, die also nicht mehr im Gesamteffizienzpotenzial erscheinen sollten. Dies sind zum einen die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen in der Akutsomatik (P2.S1) sowie der Effekt der Anpassungen der TARMED-Tarife durch das BAG (P3.S1). Zudem ist nicht erkennbar, inwiefern sich die Leistungsverschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor auf den Letzteren auswirkt. Insgesamt kann daher also die Grössenordnung des Effizienzpotenzials, an dem sich der Bundesrat nun offensichtlich orientiert, stark bezweifelt werden. Noch mehr erstaunt, dass die Pakete zur Kostendämpfung kaum Massnahmen zur gezielten Beseitigung der vom Bundesrat in diesem Ausmass identifizierten und als Begründung für sein Massnahmenpaket herangezogenen Ineffizienzen enthalten. Anstelle eines gezielten Angehens von angeblichen Ineffizienzen werden mit Kostenzielen alle Leistungen über einen Kamm geschoren, möglicher Weise in der Hoffnung, damit auch Ineffizienzen zu beseitigen. Diese Hoffnung dürfte wohl kaum in Erfüllung gehen.
KKA	**7. Zielvorgaben: Die Ansprüche der Bevölkerung scheinen nicht zu interessieren** Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung sollten sich nach Auffassung der KKA zuerst am Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen orientieren, die die Versorgungsleistungen benötigen. Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssten darauf aufbauend die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe die benötigten Leistungen unter guten Bedingungen und

[12] Beispielsweise treffen die Studienautoren bei der Berechnung eines allfälligen Effizienzpotenzials bei den Betriebskosten von ambulanten Organisationen (P1.S3) die Annahme, dass sich «die Produktionskosten der Leistungserbringer in den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen niederschlagen», das soll heissen, dass Leistungserbringer mit ineffizient hohen Betriebskosten dies kompensieren, indem sie mehr oder teurere Leistungen anbieten und verrechnen und dass Leistungserbringer, die aufgrund von einer Praxiszusammenlegung Betriebskosten effizienter gestalten können, die eingesparten Betriebskosten in Form von weniger Leistungen an die Patienten weitergeben. Diese Annahme ist völlig unsinnig. Denn wenn das so wäre, wären ja gar keine unterschiedlichen Betriebskostenanteile am Gesamtumsatz feststellbar. Hinzu kommt, dass die von Experten angegebenen Betriebskostenanteile jeder Datengrundlage entbehren und nicht den RoKo-Zahlen entsprechen.

[13] Beispielsweise gehen die Studienautoren bei der Beseitigung von angebotsinduzierter Nachfrage durch Einführung von Budgetmitverantwortung von Ärzten (M2.S2) von einer Unterschätzung ihrer Bezifferung aus, weil «sich bisher eher die besseren, effizienteren Ärzte an Budgetmitverantwortung beteiligen». Genauso ist es aber auch denkbar, dass Ärzte, die sich bisher nicht an Budgetmitverantwortung beteiligen, jene sind, die bei ihrem Patientengut kaum Leistungen einsparen können.

	mit guter Qualität erbringen können. Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssen drittens dafür sorgen, dass die Finanzierung dieser Leistungen in einer angemessenen, von der Gesamtwirtschaft und den Menschen tragbaren Höhe und Form sichergestellt ist. Der Bundesrat geht in seiner in erster Linie auf Kostendämpfung zielenden Gesundheitsreform anders vor. Er stützt sich auf technokratische Analysen von Experten, die zudem wenig fundiert sind, nicht das halten dürften, was sie versprechen und Kollateralschäden für Leistungsempfänger und Leistungserbringer verursachen werden. Die KKA beschränkt sich nicht darauf, ihre Besorgnis darüber auszudrücken und die Fehler in den Vorschlägen des Bundesrats aufzuzeigen. Die KKA ist bereit, einen eigenen Beitrag zu leisten und aufzuzeigen, wie eine Gesundheitsreform anders aufgegleist werden könnte. Dazu hat die AGZ eine umfassende Studie zu den Ansprüchen der Bevölkerung und der Ärzteschaft an die ärztliche Versorgung lanciert[14]. Die Ergebnisse dieser Studie liegen seit 2019 vor. Mit der Veröffentlichung Anfang 2020 und der Berichterstattung in der Schweizerische Ärztezeitung wurden die Studienergebnisse auch dem Bundesrat zur Verfügung gestellt. Die KKA macht die folgende Bewertung der Massnahmen des Kostendämpfungspaktes 2 unter anderem vor dem Hintergrund der Studienergebnisse, die belegen, wie das Versorgungssystem aus Sicht der Betroffenen aussehen sehen sollte.
KKA	**8. Fazit zu Zielvorgaben - Vorschläge** - Die KKA lehnt die betreffende Erzielung tatsächlicher Kostendämpfungseffekte fragwürdige, Ineffizienzen nicht beseitigende, mit einer Verschlechterung der Versorgung einhergehende Kostendämpfungsstrategie via Zielvorgaben kategorisch ab. - Die KKA unterstützt stattdessen die Qualitätsstrategie im KVG, die kostendämpfende Effekte ohne Einschränkung der Patientenversorgung haben wird. - Die KKA unterstützt stattdessen die Förderung der Effizienz in der Leistungserbringung. Sollten in der Realität der Leistungserbringung tatsächlich Ineffizienzen auftreten, sind die dafür vorgesehenen Instrumente des KVG zu nützen (Wirtschaftlichkeitsprüfung, Tarifcontrolling).

[14] Der Vorstand der AGZ hat mit INFRAS ein anerkanntes Forschungsinstitut beauftragt, mit einer qualitativen und quantitativen Analyse den Bedarf und die Bedürfnisse der Menschen, die das Versorgungssystem potenziell oder tatsächlich in Anspruch nehmen, und der Menschen, die Versorgungsleistungen anbieten, zu erheben. Erhoben wurden nicht nur die Ansprüche an die Versorgung bzw. an die Rahmenbedingungen für die Erbringung der Versorgungsleistungen, sondern auch Erwartungen betreffend Versorgungsstrukturen sowie Finanzierungsaspekte. In Fokusgruppeninterviews wurde die Sichtweise der «Leistungsempfänger», differenziert nach jungen Menschen, Menschen mittleren Alters, betagten Menschen und Menschen mit chronischen Krankheiten, und der «Leistungserbringer» (in unserem Fall nur der Ärzte), differenziert nach zukünftigen Ärzten (Studierende sowie Ärzte in Weiterbildung), und Ärzten im Berufsalltag erhoben. In einem zweiten Schritt wurde aufgrund der Erkenntnisse der Fokusgruppen-Interviews eine repräsentative quantitative Erhebung durchgeführt.

	- Die KKA unterstützt stattdessen den Ansatz der Re-Evaluation von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mittels Methoden des Health Technology Assessment HTA. Sollten dabei tatsächlich ineffiziente oder obsolete Leistungen identifiziert werden, sollten sie aus dem Leistungskatalog der OKP entfernt werden.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
KKA	Art. 21			Wir setzen ein Fragezeichen hinter die Idee, in der Transparenz über die Qualität und Kosteneffizienz der erbrachten Leistungen und im Sammeln von Daten sowie im Mehrfachsammeln der gleichen Daten für verschiedene Behörden ein Allerheilmittel finden zu wollen. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell zentral durch das BFS erfolgen. Der damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich, indem jährlich quasi eine zweite Steuererklärung ausgefüllt werden muss. Die Ärzteschaft wehrt sich nicht gegen die Erhebung derartiger sachdienlicher, aggregierter Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht vom BAG indessen nicht angegeben zu werden. Wir bezweifeln insbesondere, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden, und dass das BAG die Anonymität dann wirklich wahren könnte und würde.	
KKA	Art. 21	Abs. 2	a-d	Im Absatz 2 wird ausgeführt, dass Daten grundsätzlich in aggregierter Form weiterzugeben sind. Allerdings soll der Bundesrat vorsehen können, dass die Daten pro versicherte Person weitergegeben werden müssen. Aus den Buchstaben a-d	Die Daten sind in aggregierter und anonymisierter Form weiterzugeben. a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringerkategorie.

				sind keine Aufgaben erkennen, welche die Notwendigkeit von Daten pro versicherte Person voraussetzt. Das KVG regelt in Art. 43 ff die Tarife, deren Anforderungen und die Genehmigungsprozesse. Insofern ist unklar, inwiefern das BAG hier nochmals Daten zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung in einem strukturierten Prozess braucht. Es gilt festzuhalten, dass Tarife grundsätzlich der Tarifautonomie unterliegen und die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates keine systematische und strukturierte Analyse im vorgesehenen Ausmass rechtfertigt. Das BAG ist ja bereits mit der subsidiären Kompetenz überfordert, wie die verschiedenen in der Vergangenheit getroffenen Massnahmen zeigen und daher ist auf dieses systematische Datensammlung und -Analyse zu verzichten. Die Tarifpartner müssen der Genehmigungsbehörde ohnehin die Entscheidungsgrundlagen für die Beurteilung eines Tarifes zur Verfügung stellen. Bei einer behördlichen Festsetzung kann die Behörde die entsprechenden Daten situativ einfordern. Die systematische Datenlieferung verursacht nur Kosten, welche in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen. Auch die gesetzlichen Bestimmungen sollten analog der medizinischen Leistungen im KVG den WZW-Kriterien genügen. Zudem werden bereits heute durch die Versicherer WZW-Verfahren gegen auffällige Leistungserbringer durchgeführt, weshalb eine zusätzliche, auf einzelne Leistungserbringer heruntergebrochene Datensammlung überflüssig und unverhältnismässig ist. Im ergänzenden Bericht (S. 62) wird ausgeführt, dass die Kantone ihre Kostenziele bis hin zu einzelnen Leistungserbringern differenzieren können. Das würde bedeuten, dass die Daten also nicht nur dem BAG übermittelt werden, sondern das BAG die nicht anonymisierten Daten dann	

				an die Kantone weitergeben muss, was im vorliegenden Gesetzesentwurf mit keinem Wort erwähnt ist.	
KKA	Art. 21	Abs. 3		Da die Daten dem BAG nur in aggregierter und anonymisierter Form (vgl. Antrag MSN zu Art. 21 Abs. 2) weitergegeben werden dürfen, erübrigt sich der Absatz 3.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 25	Abs. 2	h, i	Die KKA begrüsst grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung, kann aber die geplanten Regelungen zu den «Programmen der Patientenversorgung» im Hinblick auf ihre Effektivität und ihren Einfluss auf die Versorgungsqualität nicht abschliessend beurteilen. Die KKA bezweifelt aber, dass die Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung in der geplanten Form im Gesetz (Art. 24 Abs. 2 Bst. h und i) aufgeführt werden müssen. Zum einen ist dies bereits in Art. 25 Abs. 2 Bst. a mit «Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen» genannt. Die gesetzliche Grundlage für Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen ärztlich geleiteter strukturierter Programme ist also prinzipiell bereits vorhanden, die Leistungserbringung muss aber aktuell explizit auf ärztliche Anordnung oder im Auftrag erfolgen. Zum anderen verweisen wir auf das Medizinalberufegesetz, das die Kompetenzen der Leistungserbringer abschliessend regelt. Diese sehen für Apothekerinnen und Apotheker keine Kompetenz zur Erbringung ärztlicher Leistungen vor, sondern lediglich, dass Apothekerinnen und Apotheker «angemessene Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen	Ersatzlos streichen

				und Krankheiten» (Art. 9 MedBG) haben. Angemessene Grundkenntnisse genügen nicht, um selbstständig eine Differenzialdiagnose bei Patientinnen und Patienten durchzuführen und eine Behandlung einzuleiten. Daher müssen die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker auch nicht im KVG erwähnt werden, denn es wird ja hinzugefügt, dass diese Leistungen nur im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen erbracht werden können. Das gibt Apothekerinnen und Apothekern zwar mehr Kompetenz zum selbständigen Erbringen von ärztlichen Leistungen, was wie oben bemerkt im Widersprich zum Art. 9. MedBG steht, belässt die Haftung jedoch bei der Ärztin, dem Arzt oder der ärztlichen Institution, die das strukturierte Programm leitet.	
KKA	Art. 32	Abs. 3		Dieser Artikel regelt die Anforderungen an sämtliche Leistungen im KVG. Angesichts der gemäss den Erläuterungen beabsichtigten Fokussierung alleine auf Arzneimittel, ist eine solche Regelung an dieser Stelle systemwidrig, denn sie geht vom Wortlaut her darüber hinaus bzw. zu weit. Wir wehren uns auch dagegen, dass unter dem Wortlaut einer neuen Bestimmung, welche das Kostengünstigkeitsprinzip nicht erwähnt, der beabsichtigten Anwendung des Kostengünstigkeitsprinzip, wofür im KVG keine gesetzliche Grundlage er-sichtlich ist, das Wort geredet wird. Art. 164 Abs. 1 BV sieht vor, dass wichtige Be-stimmungen in Form eines Bundesgesetzes zu erlassen sind. Dementsprechend sind wir dagegen, dass dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen EArt. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leistungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Dies betrifft nach	

				dem Gesagten zum einen nicht nur die Arzneimittel, sondern verletzt zum anderen auch das Rechtsgleichheitsprinzip. Somit ist die verfassungswidrige Bestimmung ersatzlos zu streichen.	
KKA	Art. 33	Abs. 3		Da der Art. 25 Abs. 2 lit. h und i ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 35	Abs. 2	h o	Eine neue Leistungserbringerkategorie soll Aufnahme im KVG finden. Dies ist unnötig, da ein Ärztenetz eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, darstellt, wie sie in Art. 35 Abs. 2 Bst. n definiert ist. Die Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ ist zwar grundsätzlich zu befürworten. Die Betriebsauflagen, welche der Gesetzgeber hier aufstellen soll, gehen indessen u.E. viel zu weit. Es kann doch nicht sein, dass auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Zum Schluss wird der Bundesrat wohl auch noch die Löhne vorschreiben wollen. Damit wird die Attraktivität, entsprechend zu investieren, um ein Netzwerk der koordinierten Versorgung anbieten zu können, von vornherein unnötig herabgesetzt.	Ergänzung des Art. 35 Abs. 2 Bst. n : «Einrichtungen oder Institutionen/Ärztenetze, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen»
KKA	Art. 36b			Die KKA begrüsst grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung. Die INFRAS-Studie zeigt auf, dass sowohl die Ärzteschaft als auch die Bevölkerung sich darin einig sind, dass bei der Koordination zwischen den Leistungserbringern Defizite bestehen. Beide sehen bei der verbesserten Koordination auch	

				ein grosses Kosteneinsparpotenzial[15]. Die Wünsche insbesondere der jüngeren ÄrztInnen, mehr Teilzeit arbeiten zu können, sind wenig kompatibel mit dem Anspruch der PatientInnen, möglichst immer und spontan die gleiche Ärztin bzw. den gleichen Arzt zu konsultieren. Mehr koordinierte Versorgungsmodelle mit Stellvertreterlösungen und Gruppen-/Gemeinschaftspraxen könnten dieses Dilemma ggf. etwas auflösen. Die KKA bezweifelt, dass die geplante Gesetzesänderung (Festlegen der Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke zur koordinierten Versorgung durch den Bundesrat), eine effektive Förderung der koordinierten Versorgung bedeutet. Die Alternativen Versicherungsmodelle wurden und werden aktuell von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert. Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke ist daher abzulehnen. Eine Definition eines Ärztenetzes ist überflüssig, da diese bereits unter die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, subsumiert werden können und diese in Art. 36a bereits definiert sind.	

[15] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

KKA	Art. 40a-d			Die KKA lehnt die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Denn sie schränkt die Wahlfreiheit der Patienten unnötig ein, ist versicherungsökonomisch unsinnig, führt zu unnötigen Mehrleistungen und zusätzlichem Aufwand und stärkt die Grundversorgung nicht. **Die Bevölkerung will die freie Wahl** Bei der Massnahme «Erstberatungsstelle» handelt es sich um eine krasse Form der Einschränkung des freien Zugangs zu Leistungserbringern. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl prinzipiell für alle auf. Kein Bürger soll mehr direkt den Leistungserbringer seiner Wahl aufsuchen können. Das entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung. Bereits die deutliche Ablehnung der Managed Care Vorlage im Jahr 2012 hat gezeigt, dass die Bevölkerung grossen Wert auf die freie Arztwahl legt, dies obwohl die Managed Care Vorlage in Bezug auf die Einschränkung der freien Arztwahl harmlos war. Es sollte «lediglich» ein zusätzliches optionales Modell mit eingeschränkter Arztwahl (integriertes Versorgungsnetzwerk) eingeführt werden. Dabei waren sogar Aussichten auf eine geringere Krankenkassenprämie und Kostenbeteiligung bei Wahl eines integrierten Versorgungsnetzwerkes gegeben. Die Stimmbürger haben die Vorlage mit 76% Nein-Stimmen abgelehnt und somit offensichtlich den freien Zugang zu Leistungserbringern deutlich höher gewichtet als eine Reduktion der Prämien oder Kostenbeteiligungen. Zwar haben sich heute über drei Viertel (77%) der Deutschschweizer Versicherten freiwillig für eine Grundversicherung mit einem alternativen Versicherungsmodell (Hausarztmodell, Telmed-Modell, HMO-Modell) entschieden	Ersatzlos streichen

				(INFRAS 2019); dabei spielt die Freiwilligkeit und Selbstverantwortung aber die entscheidende Rolle. Versicherte, die sich für ein Standard-Versicherungsmodell entschieden haben, haben i.d.R. einen bestimmten Grund, sich nicht per se in der freien Wahlmöglichkeit des Arztes einzuschränken (bspw. bei schlechtem Gesundheitszustand bzw. chronischer Erkrankung). Weiter zeigt die INFRAS-Studie der AGZ auf, dass die Versicherten, die ein Modell der freien Arztwahl respektive des freien Zugangs zu Spezialisten wählen, diese Freiheit nicht verlieren wollen (46% dieser Versicherten würden den Verlust der freien Arztwahl nicht gegen tiefere Prämien tauschen wollen). Es ist auch nicht ersichtlich, wie eine verpflichtende Erstberatung durch bspw. Patienten mit Krebs oder Menschen mit schwer identifizierbaren seltenen Krankheiten helfen sollten. Die Realität, dass es einen Mangel an gut und umfassend ausgebildeten Hauärzten gibt, die am ehesten die Rolle einer ständigen ersten Anlaufstelle übernehmen können (und aus Sicht der meisten Patienten übernehmen sollten), bzw. das Tarifsystem, das eine – wenn sie eine Wirkung haben soll – intensive und zeitaufwändige Erstberatung bei chronischen, komplexen oder seltenen Behandlungen nicht abbildet, stehen dem Ansatz einer Erstberatung entgegen. **Der Impact der Massnahme auf Verhaltensänderungen ist gering** Die abschreckende Wirkung und die negative Wahrnehmung einer verpflichtenden Erstberatungsstelle wird wegen der Beschneidung der persönlichen Wahlfreiheit in der Bevölkerung zwar immens sein. Eine ernstzunehmende Wirkung auf Verhaltensänderungen beim Arztbesuch wird die Massnahme indes aber nicht haben. Denn die meisten Patientinnen und	

				Patienten suchen heute schon zuerst eine definierte Erstberatungsstelle auf. Laut INFRAS-Studie gehen 97% der Versicherten mit Hausarztmodell und 99% der Versicherten mit HMO-Modell immer oder meistens zuerst zu ihrer Erstberatungsstelle. Aber auch die Standardversicherten, die eigentlich direkt zur Spezialistin bzw. zum Spezialisten gehen könnten, konsultieren in 80% der Fälle zuerst ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt. Insgesamt suchen 89% der Patientinnen und Patienten ungeachtet des Versicherungsmodells für die Erstkonsultation immer oder meistens den persönlichen Hausarzt oder die eigene HMO-Praxis auf (INFRAS 2019, siehe Graphik). Die übrigen 11% gehen entweder zu wechselnden Grundversorgern (4%) oder suchen sich jeweils für das vorliegende Problem die aus ihrer Sicht geeignetsten Spezialärztinnen und Spezialärzte (7%). Die Steuerungswirkung kann also gerade mal diese 11% der Versicherten betreffen. **Eine verpflichtende Erstberatungsstelle ist versicherungsökonomisch unsinnig** Versicherte, die sich für die Standardversicherung, also für die freie Arztwahl, entschieden haben, zahlen höhere Prämien. Sie tragen also die allfälligen Mehrkosten, die ihre Versicherungsform verursacht, selbst. Es ist nicht einzusehen, warum man ihnen ein Produkt aufzwingen möchte, das zwar (vielleicht) günstiger ist, dafür aber nicht ihren Präferenzen entspricht. Wenn sie dieses Produkt wollten, könnten sie sich heute bereits dafür entscheiden. **Keine Einsparwirkung aber zusätzlicher Aufwand und volle Wartezimmer**	

				Wie gesagt gehen lediglich 11% der Versicherten heute nicht zuerst zu der gleichen ersten Anlaufstelle. Eine Verhaltensänderung kann also nur bei diesen 11% der Versicherten erzielt werden. Dagegen gibt es rund 23% Standardversicherte; diese sollen von einer Prämienreduktion ausgehen dürfen. Wenn aber nur zusätzliche 11% der Versicherten gesteuert werden, wird diese Prämienreduktion wohl nicht entsprechend hoch ausfallen können. Voraussetzung dafür, dass es überhaupt zu einer Prämienreduktion kommt, wäre ja, dass dadurch, dass die besagten 11% über die Erstanlaufstelle gehen, Kosten gespart werden. Das ist stark zu bezweifeln. Denn 7% der Versicherten wählen heute bewusst den direkten Weg zum Spezialisten. Bei diesen Patientinnen und Patienten wird der Besuch der Erstberatungsstelle nur ein notwendiges zu absolvierendes Übel sein, bevor sie den gewünschten Spezialisten aufsuchen können. Bei den Grundversorgerinnen und -versorgern wird das lediglich zu höherem Aufwand und vollen Wartezimmern führen. **Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen** Wenn Hausärztinnen und Hausärzte für die Erstberatung eine jährliche Pauschale pro versicherte Person erhalten, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, unabhängig davon, ob und wie häufig sich die versicherten Personen an sie wenden, führt das zu komplett falschen Anreizen. Bei knappen Ressourcen sind Ärztinnen und Ärzte gezwungen, sich auf ein möglichst gesundes Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf so gut es geht zu vermeiden. Knappe bzw. beschränkte Ressourcen pro Patient	

				bedeuten auch, dass die Erstberatung so knapp wie möglich ausfallen muss, umfassende Abklärungen und eine gute Koordination nicht stattfinden können, sondern Patientinnen und Patienten schnellst möglich an einen anderen Arzt, einen Spezialisten, weiterüberwiesen werden müssen. Das Ziel, dass die Erstberatungsstelle Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, um die Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung konterkariert. Die Erstberatungsstelle droht unter diesen Umständen zu einem notwendigen Übel zu mutieren, das Versicherte auf sich nehmen müssen, und ein erhoffter Effekt auf die Vermeidung von «unnötigen» Leistungen wird nicht eintreten. Das Vertrauen der Patienten in die Grundversorgung dürfte dadurch eher geschwächt als gestärkt werden. **Modell Erstberatungsstelle nicht durch Pflicht, sondern durch echte Stärkung der Grundversorgung fördern** Die Tatsache, dass die Mehrheit freiwillig ein besonderes Versicherungsmodell wählt und bei gesundheitlichen Problemen in der Regel zuerst die Hausärztin oder den Hausarzt aufsucht, zeigt, dass diesen in der Grundversorgung tätigen Ärzten als erste und verfügbare Anlaufstelle eine zentrale Rolle spielen. Die meisten Menschen haben eine deutliche Präferenz für eine feste vertraue Bezugsperson und eine kontinuierliche Beziehung zur Hausärztin/zum Hausarzt (INFRAS 2019). Die Hausarztmedizin sollte daher unbedingt gestärkt, und Hausärzte sollten als Erstberatungsstellen gefördert werden. Durch ein zwangsweises Gatekeeping in Form des verpflichtenden Aufsuchens einer	

				Erstberatungsstelle wird sich aber wie beschrieben an der heutigen Situation wenig ändern, sondern ggf. wird sich die Bedeutung der Erstberatung durch Hausärztinnen und Hausärzte noch verschlechtern. Es ist nicht ersichtlich, wie eine verpflichtende Erstberatung bspw. Patienten mit Krebs oder Menschen mit schwer identifizierbaren seltenen Krankheiten helfen sollten. Die Realität, dass es einen Mangel an gut und umfassend ausgebildeten Haus- und Kinderärzten gibt, und ein Tarifsystem, das eine intensive und zeitaufwändige Erstberatung bei chronischen, komplexen oder seltenen Behandlungen nicht abbildet, stehen dem Ansatz einer Erstberatung zudem entgegen. Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des «Modells Erstberatungsstelle» sind ausreichende und gut ausgebildete Hausärztinnen und Hausärzte, qualitativ gute Netzwerke von Hausärzten und Spezialisten und ein Tarifsystem, das vor allem den Zeitbedarf für eine Erstberatung und die weitere Koordination des Behandlungsprozesses angemessen abbildet. Jede versicherte Person müsste inskünftig einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle übernimmt. Dafür kommen primär Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Ju-gendmedizin sowie praktische Ärztin oder praktischer Arzt in Frage. Zudem ge-mäss den Übergangsbestimmungen auch wer mindestens während zwei Jahren vor dem Inkrafttreten der Revision in der medizinischen Grundversorgung tätig war und sich die spezifischen hausärztlichen Kenntnisse anderweitig erworben hat. Der Kanton müsste eine kantonale Liste der Erstberatungsstellen führen und die Versicherer müssten Nichtanschlusswillige	

				zwangsweise einer Erstberatungsstelle zuordnen. Der Bundesrat müsste auch den Wechsel der Erstberatungsstelle auf Verordnungsstufe regeln. Die KKA spricht sich wie gesagt klar gegen einen derartigen Zwang und gegen diesen Eingriff in die Behandlungsfreiheit zu Lasten der Patientinnen und Patienten aus. Die Erstanlaufstelle würde inskünftig insbesondere entscheiden, ob eine Behandlung überhaupt notwendig ist, sowie ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer (Spezialist) gelangen darf, und könnte bzw. würde sich dabei wohl auf immer mehr Beratung konzentrieren oder beschränken (z.B. mehr Telefonkonsultationen, E-Mail-Beratung, Zoom-Medizin, Telemedizin etc.). Einzig für die Fachärzte für Ophthalmologie und Gynäkologie könnte der Bundesrat zudem gemäss Vortrag „möglicherweise“ eine Ausnahme vom Erfordernis der Überweisung formulieren. Der Bundesrat würde darüber hinaus auch noch genau festlegen, welche Leistungen der Erstberatungsstelle mit der Kopfpauschale abgegolten werden, und vor allem, wie hoch die jährliche Kopfpauschale sein soll. Die Kopfpauschale beinhaltet ein prospektives Globalbudget. Dies wäre dann Staatsmedizin in Reinkultur. Und die vorgängige Anhörung der „Tarifpartner“ würde angesichts der Machtverhältnisse zu einer blossen Farce und Alibiübung verkommen. Alleine die übrigbleibende freie Wahl des Leistungserbringers (Spezialisten) nach erfolgter Überweisung durch die Erstberatungsstelle wird den Patienten wenig nützen.	
KKA	Art. 41			Keine Bemerkungen	

KKA	Art. 41a			Da die Erstberatungsstelle (Art. 40a-d) abgelehnt wird, kann auf den Art. 41a ebenfalls verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 42	Abs. 3		Es dürfte immer noch einzelne Mitglieder der Ärzteschaft geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen ja auch weiterhin die Rechnungen kostenlos in Papierform geliefert werden, falls gewünscht. Dementsprechend erachten wir die Regelung als zu rigid. Es ist indessen durchaus vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner darüber nicht innert nützlicher Frist einigen.	
KKA	Art. 42a	Abs. 2, 3		Keine Bemerkungen	
KKA	Art. 48a	Abs. 1, 2		Die KKA kann noch nicht abschliessend beurteilen, inwiefern die pauschale Abgeltung der Leistungen des Netzwerkes zur koordinierten Versorgung zielführend sind. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken sind grundsätzlich sinnvoller als solche die bspw. nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei der Erstberatungsstelle geplant ist. Allerdings scheint es dann auch vorgegeben zu sein, dass sich die Versorgungsnetzwerke auf spezifische Behandlungen spezialisieren, für die sich konkrete Behandlungspfade definieren lassen. In jedem Fall ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination in den Pauschalen berücksichtigt und abgegolten wird. Gemäss INFRAS-Studie seien laut Ärztinnen und Ärzten u.a. fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer, sich integrierten Versorgungsmodellen anzuschliessen und u.a. Budgetverantwortung zu übernehmen sowie fehlende Abrechnungsmöglichkeiten des Aufwands für die Koordination,	

				Hauptgründe dafür, dass die integrierte Versorgung in der Schweiz noch weiteres Umsetzungspotential hat.	
KKA	Art. 52	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
KKA	Art. 52b			Auch die in den EArt. 52b und 52c vorgesehene Regelung von möglichen Rückerstattungen, wozu die Zulassungsinhaberin inskünftig bei Arzneimitteln gezwungen werden könnten, erscheint uns als kompliziert und wenig praktikabel. Wir sind insbesondere gegen Zwangslösungen unter der willkürlichen Ägide des BAG.	
KKA	Art. 52c			Auch die in den EArt. 52b und 52c vorgesehene Regelung von möglichen Rückerstattungen, wozu die Zulassungsinhaberin inskünftig bei Arzneimitteln gezwungen werden könnten, erscheint uns als kompliziert und wenig praktikabel. Wir sind insbesondere gegen Zwangslösungen unter der willkürlichen Ägide des BAG.	
KKA	Art. 53	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
	Art. 54			Das Kernstück der Vorlage will der OKP Kostenziele und damit Globalbudgets auf allen Ebenen vorgeben. Und zwar zunächst auf Stufe Bund/gesamte OKP-Kosten, in-dem der Bundesrat gestützt auf eine neue „eidgenössische Superkommission für Kostenziele“ vorgibt, um wieviel diese OKP-Kosten pro Jahr gesamtschweizerisch insgesamt steigen dürfen. Er kann und soll darüber hinaus die Gesamtsteigerungsrate unterschiedlich umsetzen bzw. das Kostenziel beliebig auf die einzelnen Kostenblöcke verteilen.	Ersatzlos streichen

				Anschliessend erfolgt die Festlegung entsprechender Kostenziele pro Kanton inkl. einer einheitlichen Toleranzmarge, um welche von der kantonalen Gesamtzielvorgabe abgewichen werden kann. Die Kantone regeln ihre eigenen Ziele pro Kostenblock und können weitere Kosten-blöcke definieren (sic!). So könnte zum Beispiel im Kanton Bern inskünftig auch der Kostenanstieg pro Fachgesellschaft, und je nach Fachgesellschaft dann auch unterschiedlich, festgelegt werden. Für jeden erdenklichen Kostenblock könnte also inskünftig relativ willkürlich eine individuelle Globalbudgetvorgabe erfolgen. Dies wäre Planwirtschaft in Reinkultur. Das Anhörungsrecht der Versicherer und der Leistungserbringer vor der Festlegung der Globalbudgets wird dabei den Leistungserbringern sicher kaum dabei helfen, höhere Globalbudgets zu verhandeln. Es würde sich also eher um nicht verhandelbare staatliche Planvorgaben handeln. Die KKA lehnt die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele entschieden ab. Zielvorgaben bedeuten gedeckelte Budgets. Dies ist auch dann der Fall, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt werden. Die vorgegebene Zielvorgabe wird – trotz Einbezugs des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes neben der wirtschaftlichen Entwicklung geringer ausfallen, als es der aktuellen tatsächlichen Kostenentwicklung entspricht. Denn die erlaubten Mehrkosten aufgrund des demographischen Wandels und des technischen Fortschrittes werden nicht Mehrkosten entsprechen, die tatsächlich von diesen Effekten ausgelöst werden. Bisher konnte noch keine Wissenschaftlerin	

				und kein Wissenschaftler bestimmen, welcher Anteil am Anstieg der Gesundheitskosten auf die wirtschaftliche Entwicklung, den demographischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist. Die erlaubten Mehrkosten werden also politisch festgelegt sein. Leistungserbringer und ihre Patientinnen und Patienten werden also unter einer Zielvorgabe in jedem Fall mit weniger Mitteln auskommen müssen. Ärztinnen und Ärzte werden medizinische Leistungen beschränken müssen. Dies ist wird nicht zu einer Reduktion von Überversorgung führen, sondern zu einer Verschärfung der Problematik von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zielvorgaben reduzieren keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize. Sie werden ineffiziente Kosten nicht reduzieren, sondern Folgekosten verursachen. Sie verschlechtern die Versorgungsqualität und schaffen Versorgungslücken. **Zielvorgaben rationieren notwendige medizinische Leistungen** «Bei einem gedeckelten Budget ist es nicht möglich, alle Leistungen gegenüber allen Patientinnen und Patienten zu erbringen»[16]. Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, ihren jeweiligen Patientinnen und Patienten die medizinische Behandlung zu geben, die diese benötigen. Haben sie eine Patientin mit einem bestimmten Behandlungsbedarf vor sich, wissen sie nicht, wie viele weitere Patientinnen in der laufenden Budgetperiode noch mit diesem oder einem noch dringenderen Behandlungsbedarf zu ihnen kommen. Sie können keine Gesamtabwägung darüber machen, welche Patientinnen und Patienten die Behandlung bekommen und welche Patientinnen	

[16] FMH, Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, 2018, https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf

				und Patienten auf die Behandlung verzichten müssen. Das heisst die knappen Ressourcen können aufgrund unvollständiger Information nicht sinnvoll am medizinischen Bedarf ausgerichtet verteilt werden. Medizinisch notwendige Leistungen werden nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden können bzw. in die nächste Budgetperiode verschoben werden. Dies verschärft die Problematik in jeder weiteren Budgetperiode. Die Folge ist, dass immer mehr Patientinnen und Patienten Leistungen vorenthalten werden müssen, und es immer häufiger zu langen Wartezeiten kommt. Die Schweizer Bevölkerung schätzt den guten Zugang zu Innovationen und die aktuell relativ geringen Wartezeiten in der Schweiz sehr. Die Mehrheit ist nicht bereit Abstriche beim Zugang oder den Wartezeiten in Kauf zu nehmen, selbst dann nicht, wenn im Gegenzug die Prämien sinken. Gut 70% der Befragten, der von der AGZ bei INFRAS in Auftrag gegebenen Studie lehnen es ab, Kürzungen des Leistungskataloges in Kauf zu nehmen, wenn dafür die Prämien sinken. 65% der Patientinnen und Patienten möchten nicht, dass die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte eingeschränkt wird und ebenfalls 65% möchten keine Einschränkungen beim Zugang zu Innovationen hinnehmen. 75% der Befragten lehnen längere Wartezeiten bei Hausärzt*innen ab, 63% lehnen längere Wartezeiten bei Spezialist*innen und 46% längere Wartezeiten für planbare Operationen ab, wenn dadurch die Prämien sinken würden[17]. **Zielvorgaben ebnen den Weg für eine Zweiklassenmedizin**	

[17] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

				Wer trotz gedeckeltem Budget in der obligatorischen Krankversicherung keine Einschränkungen und längere Wartezeiten hinnehmen möchte und es sich leisten kann, wird die gewünschten Behandlungen aus der eigenen Tasche zahlen oder über Zusatzversicherungen erhalten. In Deutschland haben einige Ärztinnen und Ärzte ihr Angebot komplett auf privatversicherte oder selbstzahlende Patientinnen und Patienten ausgerichtet bzw. behandeln diese bevorzugt. Damit haben sich die ärztlichen Ressourcen, die der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, zusätzlich - sowohl quantitativ als auch qualitativ – verschlechtert. Die Einführung einer Zielvorgabe in der obligatorischen Krankenversicherung würde insbesondere in der Schweiz, in der es viele zahlungskräftige Bürgerinnen und Bürger gibt, den Weg für eine Zweiklassenmedizin ebnen. Gemäss INFRAS-Studie würden 29% der Befragten höhere Prämien zahlen, um dafür eine höhere Anzahl Hausärzte und Hausärztinnen verfügbar zu haben, 17% der Befragten wurde für mehr Spezialisten mehr zahlen. Für kürzere Wartezeiten würde rund ein Viertel der Befragten höhere Prämien zahlen[18]. **Zielvorgaben verschlechtern das Arzt-Patient-Verhältnis** «Die Politik will die Diskussion, wer wann keine Leistung mehr erhalten soll, nicht führen und delegiert diese Aufgabe an die Ärzteschaft»[19]. Damit geraten Ärztinnen und Ärzte in schwierige Konflikte mit ihren Patientinnen und Patienten. Versicherte in der OKP haben Anspruch auf volle Leistung ohne Deckelung. Eine Versicherung hat zu zahlen, wenn der Schaden eintritt. Die	

[18] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019
[19] FMH, Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, 2018, https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf

				Deckelung soll nun dadurch erreicht werden, dass Leistungen von Ärztinnen und Ärzten gar nicht erst erbracht und auf diese Weise Patientinnen und Patienten vorenthalten werden. Dies belastet und untergräbt das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis, welches für die gute ärztliche Versorgung von zentralster Bedeutung ist – dies ist eine der wichtigsten Schlussfolgerungen der INFRAS-Studie. Ein schlechtes Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutet schlechte Versorgung. Die Ärzteschaft versteht sich als Partner der Patientinnen und Patienten. Die Ärzteschaft weigert sich, die Rolle des Rationierers zu übernehmen. **Zielvorgaben beseitigen keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize** In einem theoretischen Ansatz ist es möglich, Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitssystem respektive unnötige Kosten zu identifizieren (im Gegensatz zur Realität, siehe die einleitenden Bemerkungen zum tayloristischen Ansatz und zum «Faktor Mensch»). Die ZHAW und INFRAS haben sich bemüht, diese Ineffizienzen in der vom BAG beauftragen Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen» zu benennen und zu beziffern. Die identifizierten Ineffizienz-Kategorien sollen unwirksame Leistungen, angebots- und nachfrageindizierte Mengenausweitung, mangelnde Koordination in der Versorgung, produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern, suboptimale Allokation der Versorgungssettings sowie zu hohe Leistungen von Gesundheitsleistungen und Produkten sein. Zusammen sollen diese Ineffizienzen 16 bis 19% der KVG-pflichtigen Leistungen ausmachen. Es ist zu befürchten, dass sich der Bundesrat bei der Festlegung der nationalen Zielvorgabe an den Studien-Ergebnissen orientieren wird. Aber durch eine Zielvorgabe wird	

				keine einzige dieser Ineffizienzen gezielt gesteuert und beseitigt. Im Gegenteil, eine Zielvorgabe schafft neue falsche Anreize. Dies sind a) das Verschieben notwendiger Leistungen in andere Leistungsblöcke, andere Kantone oder folgende Budgetperioden, b) das Vermeiden von aufwendigen komplexen Fällen, die einen hohen Ressourceneinsatz erfordern und c) ein Hamsterrad-Verhalten der einzelnen Marktteilnehmer (Patienten und Leistungserbringer). **Zielvorgaben orientieren sich nicht am Behandlungsbedarf** Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen sollte am Behandlungsbedarf der Bevölkerung ansetzen. Zielvorgaben berücksichtigen den Behandlungsbedarf nicht. Sie richten sich ggf. an der demographischen Entwicklung der Schweiz und der Bevölkerung der einzelnen Kantone aus. Diese beschreibt aber die Morbidität und damit den Behandlungsbedarf nur unzureichend. **Unwirtschaftliche Leistungen werden bereits kontrolliert und nicht vergütet** Eine mögliche Überlegung der Regulatoren hinter der Einführung eines Zielvorgaben ist, dass Ärztinnen und Ärzte unter einem Kostenziel unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen weglassen. Das unterstellt, dass Ärztinnen und Ärzte heute mit vollem Bewusstsein unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen erbringen. Das hiesse, dass sie sehr genau wissen, welche Leistungen unwirtschaftlich und/oder unwirksam sind, ergo von heute auf morgen die Entscheidung treffen können, diese Leistungen wegzulassen. Das ist nicht der Fall. Ausserdem gibt es bereits heute Kontroll- und Sanktionsmechanismen bei unwirtschaftlicher Leistungserbringung	

				(Wirtschaftlichkeitsverfahren) und bei falscher oder auffälliger Tarifanwendung (Tarifcontrolling). Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch die Kosten, Leistungserbringung und Tarifanwendung und fordern Vergütungen zurück. Der Spielraum für die unwirtschaftliche oder exzessive Anwendung von Leistungen ist daher bereits heute gering. **Zielvorgaben senken die Kosten nicht** Die Kantone Genf, Waadt und das Tessin haben Zielvorgaben im Spitalbereich. Ein dämpfender Effekt auf das Ausgabenwachstum kann dort nicht bestätigt werden[20]. Zielvorgaben führen zu Folgekosten wegen unterlassener Behandlungen. Wenn beispielsweise eine ältere Patientin aufgrund einer Knie-Operation nur ein halbes Jahr länger selbständig wohnen kann, ist die Operation für die Gesellschaft bereits günstiger[21].	
KKA	Art. 54a			**Zielvorgaben verhindern integrierte Versorgung** Die Zielvorgabe wird auf verschiedene Leistungsblöcke (bspw. stationäre Leistungen im Spital, ambulante Leistungen im Spital, ambulante Leistungen in Praxen, Leistungen der Grundversorgung, Spezialärztliche Leistungen, Medikamente, Laborleistungen, etc.) aufgeteilt. Dies führt dazu, dass jeder Leistungsblock sein eigenes Teilbudget verteidigen wird, und dass Leistungserbringer geneigt sind, Patientinnen und Patienten in andere Leistungsblöcke zu verschieben. Die Trennung nach Leistungsblöcken lässt es nicht zu, dass Leistungserbringer ein gemeinsames Kostenbewusstsein und Verantwortung für die	Ersatzlos streichen

[20] Trezzini, B., Meyer, B., Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht, Schweizerische Ärztezeitung, 2019, 100(33):1057-1060
[21] FMH, Film: Auswirkungen des Globalbudgets, https://www.fmh.ch/politik-medien/politische-geschaefte/kostendaempfung-globalbudget.cfm

				gesamten Fallkosten übernehmen. Dies widerspricht der integrierten Versorgung.	
KKA	Art. 54b			**Zielvorgaben wirken Zentralisierung und Spezialisierung entgegen** Die Zielvorgabe wird auf die einzelnen Kantone verteilt. Dabei spielen die aktuelle Kostenverteilung, die Bevölkerungsverteilung und die demographische Entwicklung der Wohnbevölkerung der Kantone eine Rolle. Die Wohnbevölkerung spiegelt aber nicht realistisch wider, welche und wie viele Patientinnen und Patienten in einem Kanton tatsächlich ärztlich versorgt werden. Je spezialisierter das medizinische Angebot eines Kantons ist, umso mehr Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen werden dort versorgt. Dabei handelt es sich vor allem um schwere Fälle, die überdurchschnittlich hohe Kosten verursachen. Sollten diese Fälle in Zukunft in ihren eigenen Wohnkantonen behandelt werden, weil sie dort in der kantonalen Zielvorgabe berücksichtigt sind? Kantonale Zielvorgaben fördern es, dass unsinnige parallele kantonale Strukturen bestehen bleiben oder weiter ausgebaut werden. Sie wirken Zentralisierung und Spezialisierung von medizinischem Knowhow und Ressourcen entgegen.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 54c			Da die Art. 54 – 54b ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 54d			**Zielvorgaben gefährden die Versorgungssicherheit insbesondere in der Grundversorgung** Die Kantone führen Korrekturmassnahmen durch, wenn die Kostenziele überschritten werden. Die Korrekturmassnahmen bestehen aus Anpassungen der Tarifverträge, Tarife und Preise (Taxpunktwerte, Baserates, etc.). Im schlimmsten Fall findet ein jährlicher Preisabschlag statt. Darunter werden insbesondere	Ersatzlos streichen

				Ärztinnen und Ärzte jener Fachbereiche leiden, deren Umsätze bereits heute kaum die Gestehungskosten der Praxis decken können. Dies sind vorallem Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, also die Grundversorger. Bereits heute haben diese Fachgebiete Nachwuchsprobleme und insbesondere bei den Hausärzten und Kinderärzten spüren Patientinnen und Patienten bereits heute den Ärztemangel. Im Kanton Zürich gibt es kaum Kinderärzte, die keine Aufnahmebeschränkungen und Wartelisten bei Neuanfragen haben; teilweise gibt es sogar Aufnahmestopps.	
KKA	Art. 54e			Da die Art. 54 – Art. 54d ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 64	Abs. 7	b und c	Keine Bemerkungen	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz
Abkürzung der Firma / Organisation	: FMPP
Adresse	: Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8
Kontaktperson	: Dr. med. Fulvia Rota, Co-Präsidentin, Prof. Dr. med. Alain di Gallo, Co-Präsident
Telefon	: 031 313 88 33
E-Mail	: fmpp@psychiatrie.ch
Datum	: 18. November 2020

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich**

	verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

				Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Klinik Schützen Rheinfelden
Abkürzung der Firma / Organisation	:
Adresse	: Bahnhofstrasse 19, 4310 Rheinfelden
Kontaktperson	: Dr. med. Hanspeter Flury, Chefarzt und KLinikdirektor
Telefon	: 061 836 26 26
E-Mail	: hanspeter.flury@klinikschuetzen.ch
Datum	: 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 9

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Klinik Schützen Rheinfelden	Die Vorlage wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Leider ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten. Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere: ➢ Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone. ➢ Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht. ➢ Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. ➢ Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden. Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten

	➢ die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden, ➢ die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel), ➢ das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden, ➢ die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden, ➢ der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft, ➢ die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert, ➢ die ambulante Versorgung gestärkt, ➢ die integrierte Versorgung gestärkt ➢ und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden. Eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung wird unterstützt, die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aber dezidiert abgelehnt. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird! Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
Klinik Schützen Rheinfelden	**Einführung von Kostenzielen** Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

	Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet. Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.» Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen. Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

	Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Fazit: Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.
Klinik Schützen Rheinfelden	**Erstberatungsstelle** Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten. **Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich**: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen. Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann. **Chronisch kranke Personen werden benachteiligt:** Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und

	Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen. **Definition von Beratungsstellen:** Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen). Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse. Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern. Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung. **Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion:** Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung.

	Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wird abgelehnt. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.
Klinik Schützen Rheinfelden	**Stärkung der koordinierten Versorgung** Die Stärkung der koordinierten Versorgung wird unterstützt. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden. Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.
Klinik Schützen Rheinfelden	**Fazit** Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Das Kostendämpfungspaket II wird in der vorliegenden Form abgelehnt!

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Klinik Schützen Rheinfelden	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»
Klinik Schützen	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme** 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der

Rheinfelden				Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
Klinik Schützen Rheinfelden	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …
Klinik Schützen Rheinfelden	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.

				komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
Klinik Schützen Rheinfelden	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.
Klinik Schützen Rheinfelden	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.

Klinik Schützen Rheinfelden	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
Klinik Schützen Rheinfelden	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden.	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich: a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen

				Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	
Klinik Schützen Rheinfelden	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Stiftung für Ganzheitliche Medizin
Abkürzung der Firma / Organisation	Klinik SGM
Adresse	Weissensteinstrasse 30
Kontaktperson	Nathan Keiser, CEO
Telefon	062 919 23 11
E-Mail	nathan.keiser@klinik-sgm.ch
Datum	10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziels vorgesehenen Massnahmen sind planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Er spricht sich zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und steht für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
	Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen schränken die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall ein. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenz zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von potentiell psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und damit eine sachgerechte Triage vorzunehmen. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Fachexpertise und Weiterbildung.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gerade bei chronifizierten Krankheiten und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - Erstberatungsstellen für psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, direkt bei psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. In der Psychiatrie besteht - anders als in vielen anderen Fachgebieten - nachweislich eine starke Unterversorgung (z.B. wegen Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten mit Psychosen und somatoformen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert werden. Längerfristig führt dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führt, dass möglichst gesunde Risiken und Patienten/innen mit leichten bzw. mit komplexen psychischen Störungen selektioniert werden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt wird. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Die Folge wären Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen mit entsprechenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die systemrelevanten sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würde die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil die aktuellen (TARMED) und geplanten (TARDOC) Tarifsysteme die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlich gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen werden und zu einer Segregation zwischen leichten und komplexen schweren Krankheitsbildern führen. Kranke Personen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten werden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozialpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegenden, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig ausgeprägt ist. Insbesondere ist die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen ein Hinderungsgrund. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und TARDOC nicht abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind (das ist der Grund, warum DRGs sich in der Psychiatrie nicht bewährt haben), schlagen wir ein Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen.	
	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Holger Knoch

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Therwilerstrasse 3, 4054 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 061 271 6380

E-Mail : holger.knoch@bluewin.ch

Datum : 15. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 14

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler: Verweis nicht gefunden	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
H.Knoch	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
H.Knoch	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
H.Knoch	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
H.Knoch	Wir wehren uns entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
H.Knoch	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

H.Knoch	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
H.Knoch	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich**	

				geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
H.Knoch	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
H.Knoch	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit	

				nicht zulässig.	
H.Knoch	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
H.Knoch	41a				Analog 40a-d anzupassen.
H.Knoch	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
H.Knoch	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen

				geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	
H.Knoch	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
H.Knoch	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro	Streichung von Art. 54a-e-

				Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

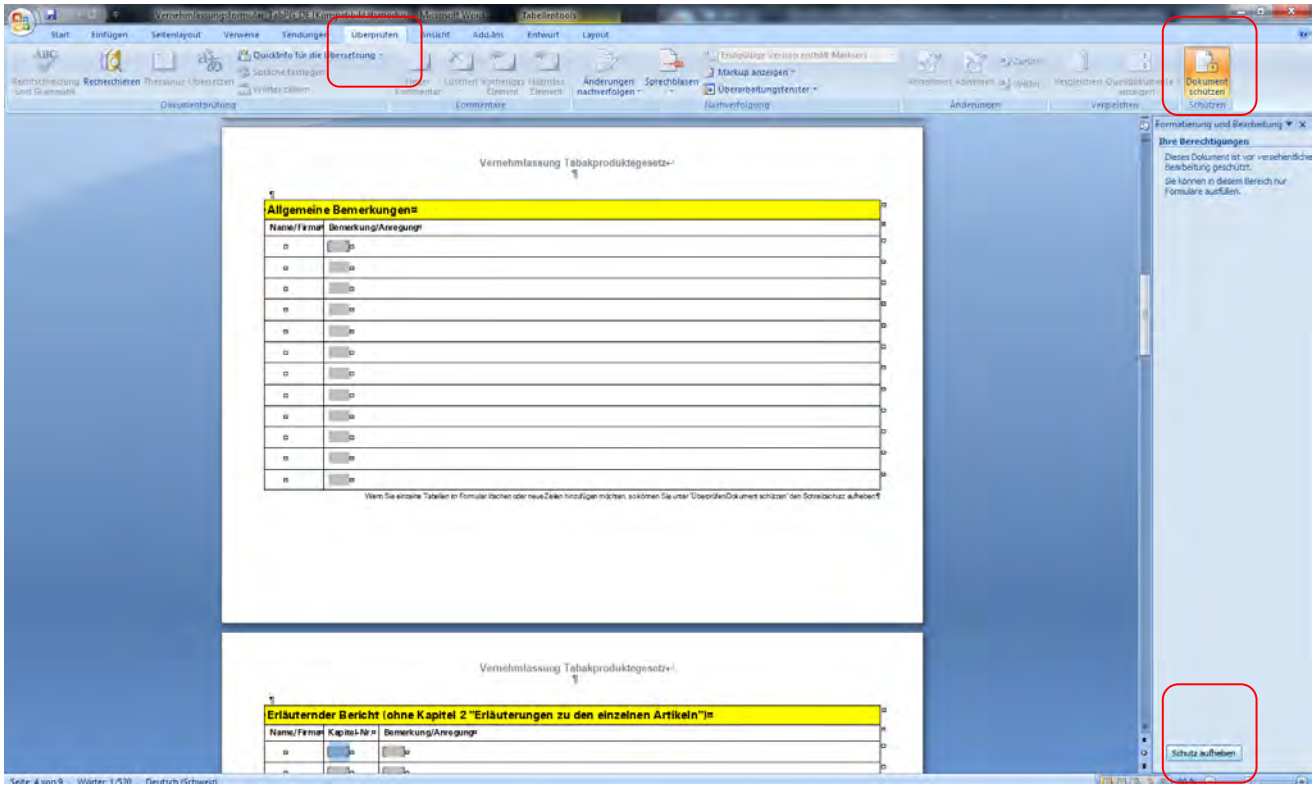
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler: Verweis nicht gefunden			
Fehler: Verweis nicht gefunden			
Fehler: Verweis nicht gefunden			
Fehler: Verweis nicht gefunden			
Fehler: Verweis nicht gefunden			
Fehler: Verweis nicht gefunden			
Fehler: Verweis nicht gefunden			
Fehler: Verweis nicht gefunden			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

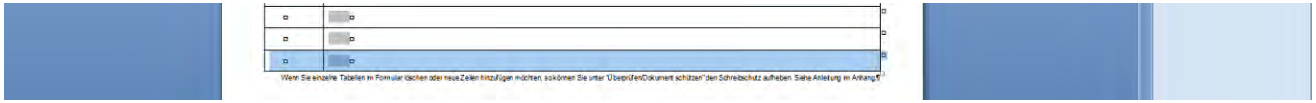
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Konferenz der Ostschweizer Ärztegesellschaften KOCH

Abkürzung der Firma / Organisation : KOCH

Adresse : Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen, Gewerbestrasse 6, 9242 Oberuzwil

Kontaktperson : lic. phil. Barbara Zinggeler, Geschäftsführerin KOCH

Telefon : +41 71 955 05 65

E-Mail : barbara.zinggeler@aerzte-sg.ch

Datum : 18.11. 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **12**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Firma	**Bemerkung/Anregung**
KOCH	Die Kernaufgabe der Leistungserbringer und der Politik in der Gesundheitsversorgung besteht darin, der Schweizer Bevölkerung ein nicht nur bezahlbares, sondern in erster Linie auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die KOCH – der Ostschweizer Regionalverband der Ärztegesellschaften der Kantone Appenzell (Inner- und Ausserrhoden), Glarus, Graubünden Schaffhausen, St.Gallen und Thurgau - spricht sich damit grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele und gegen eine schleichende Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung, Planung und Globalbudgetierung aus. Der Bundesrat beabsichtigte offensichtlich bereits mit dem Kostendämpfungspaket 1, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor allem im ambulanten Bereich, und damit in erster Linie auch zu Lasten der praktizierenden Ärzteschaft, anzupassen. Auch die im Kostendämpfungspaket 2 geforderten Massnahmen hätten vorab gravierende Konsequenzen für die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und würden die Qualität der Gesundheitsversorgung im praxisambulanten Bereich erheblich verschlechtern. Die K-OCH ist überzeugt, dass unsere Bürgerinnen und Bürger eine derartige Verschlechterung der Gesundheitsversorgung via Globalbudgets in jeder Schattierung dezidiert ablehnen werden. Gleiches gilt für die geplante Aufhebung der freien Arztwahl. **1. Zielvorgaben: falsche Strategie bzw. Massnahmen zur geplanten Kostensenkung** Die «Zielvorgaben» des Kostendämpfungspakets 2 enthalten mit ihren in Art 54d festgehaltenen Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele den gleichen Mechanismus wie eine «Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)» zwischen Krankenversicherern und niedergelassenen Ärzten, mit der die Versicherer seit 2006 über Jahre versuchten, die Mengen und die Kosten der ärztlichen Leistungen durch Preissenkungen (Senkung der kantonalen Taxpunktwerte) zu steuern. Diese Strategie ist gescheitert bzw. es sind gegenteilige Effekte und unbeabsichtigte Auswirkungen auf die ambulante Versorgung eingetreten. Aufgrund der mit der LeiKoV gewonnen Erfahrungen und deren Auswirkung auf die ambulante Versorgung erwarten und befürchtet die KOCH mittelfristig folgende vom Bundesrat vermutlich nicht geplanten Effekte: - «Entfremdung des Arztberufs»: Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen von Ärzte-eigenen Praxen in von Investoren betriebene ambulante Institutionen (siehe aktuelles negatives Beispiel der Kette «Mein Arzt»). Eine Reduktion von Leistungskosten durch weitere Tarifsenkungen wird dadurch kaum eintreten, eher eine – kurzfristige – Erhöhung von Leistungsmengen und Kosten aufgrund der ökonomischen Ziele der Investoren, zur Gewinnoptimierung möglichst viele Leistungen abrechnen zu können. Mittel- und langfristig wird auch der Betrieb von ambulanten Institutionen für Investoren unattraktiv werden, und sie werden sich aus dem ambulanten Gesundheitssektor zurückziehen.

	- Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen vom Arzt-ambulanten in den Spital-ambulanten Sektor: Spitäler bieten bereits jetzt durch die Strategie «ambulant vor stationär» gezielt mehr ambulante Leistungen an und werden ihre Spitalambulatorien in den nächsten Jahren ausbauen, solange das im Kontext der Zulassungsregulierung möglich ist. Sie werden das mittel- und langfristig tun müssen, weil der Arzt-ambulante Sektor schrumpfen wird. Spitalambulatorien haben höhere Betriebskosten als Arztpraxen und können jetzt nur durch Quersubventionierung aus Steuermitteln kostendeckend arbeiten. Die Steuersubventionierung wird zunehmen müssen, wenn die Preise (Taxpunktwerte) der spitalambulanten Leistungen weiter sinken. Somit wird es keine Kostendämpfung, sondern eine Verlagerung der Finanzierung der Gesundheitskosten vom Prämien- zum Steueranteil geben. - Erhöhung des Ausländeranteils bei Ärzten: Vor allem bei den Ärzten (aber auch bei anderen Gesundheitsberufen) werden mehr Ausländer rekrutiert werden müssen. Wenn Spitäler zwar zurzeit im Vergleich zu Arztpraxen zunehmend attraktivere Arbeitgeber werden, wird das infolge des zunehmenden Budgetdrucks auf die Spitäler mit den Konsequenzen für die Arbeitsbedingungen des Personals mittel- und langfristig nicht mehr der Fall sein. Inländische Spitalärzte und Pflegerinnen werden vermehrt ihren Beruf aufgeben, respektive werden junge Menschen wegen der sinkenden Attraktivität im Vergleich zu andern Branchen nicht mehr diese Berufsausbildungen wählen, und es wird kein Weg daran vorbeiführen, noch mehr ausländisches Gesundheitspersonal zu rekrutieren (sofern das noch möglich sein wird). Diese Effekte werden eintreten, weil die nationalen und kantonalen Kostenziele des Massnahmenpakets «Zielvorgabe» bei Nicht-Erreichung des Ziels von den Tarifpartnern bzw. durch die Kantone nur mit dem Instrument der Tarifsenkungen erreicht werden können, eine andere Möglichkeit besteht nicht. Denn die KOCH musste in Verhandlungen mit den Krankenversicherern erfahren, dass Versicherer nicht in der Lage bzw. nicht daran interessiert sind, über Alternativen zur gescheiterten Kostendämpfungsstrategie via Preissenkungen zu verhandeln. Eine weitere Tarifsenkung, um nationale oder kantonale Zielvorgaben zu erreichen, wird aber die oben beschriebenen, nicht kontrollierbaren Effekten haben und im Ergebnis zu einer Verschlechterung der (ambulanten) Gesundheitsversorgung und der Patientenbetreuung führen, die nicht mehr in der bisherigen Qualität verfügbar sein werden - zumindest nicht für alle OKP-Versicherten sondern im Sinne einer Zweiklassenmedizin nur noch für die vermögenderen Bevölkerungsschichten, die bereit und in der Lage sein werden, nicht mehr über die OKP verfügbare ambulante Leistungen bzw. eine bessere Betreuung privat einzukaufen.
KOCH	**2. Zielvorgaben: Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die sinnvollere Alternative** Vollkommen unverständlich ist diese gross angelegte Budgetierung von Leistungen nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zurzeit im Umsetzungsstadium befindlichen Revision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Durch diese gesetzlich verankerte, umfassende Qualitätsstrategie werden sich alle Ärztinnen und Ärzte an Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung beteiligen, und diese Massnahmen werden ab dem Jahr 2022 in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer verbindlich vereinbart werden (Art. 58a KVG). Das scheint eine wesentlich sinnvollere Alternative zu sein, anstatt mit einer ungezielten Kostendeckelung nicht nur keine Ineffizienzen zu beseitigen sondern auch die Versorgungsqualität zu verschlechtern: weil sie ermöglicht, durch Qualitätsmassnahmen wie bspw. Smarter Medicine oder Stärkung fachspezifischer Qualitätsstandards die Effizienz zu steigern, und damit – noch nicht bezifferbare aber zwangsläufig eintretende – **kostendämpfende**

	Effekte, **bei gleichzeitiger Erhaltung und Förderung der Versorgungsqualität** zu erzielen.
KOCH	**3. Zielvorgaben: Es droht eine Rationierung von Gesundheitsleistungen** Zum Verschwinden von Leistungen aus der OKP wird im Zusammenhang mit den drohenden ambulanten Zielvorgaben die **Strategie ambulant vor stationär** beitragen. Die staatlich verordnete Ökonomisierung der Spitalversorgung durch das DRG-System hat zur Verschiebung von Leistungen und Kosten geführt, indem vorher in Spitälern erbrachte, von den Tagespauschalen abgegoltene Leistungen in den ambulanten Sektor ausgelagert wurden. So sind bspw. die von der Effizienzstudie beanstandeten, in der Schweiz vergleichsweise hohen ambulanten radiologischen Leistungen unter anderem darauf zurückzuführen, dass Spitäler die Radiologie zum Teil ambulant ausgelagert haben. Eine weitere (zu begrüssende) Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor findet zurzeit durch nationale bzw. kantonale Listen von vorwiegend ambulant zu erbringenden Leistungen statt. Wenn nun die gewollt zunehmenden ambulanten Leistungen bei Überschreitung ambulanter Zielvorgaben nicht mehr oder nicht mehr ausreichend bezahlt und daher auch nicht mehr erbracht werden können, gibt es keinen Überlaufkanal mehr. Anders als bei der Verlagerung von stationär zu ambulant kann eine vom ambulanten Sektor nicht mehr erbringbare Leistung nicht durch eine andere Leistung substituiert werden. Das bedeutet zwangsweise eine Rationierung von ambulanten Gesundheitsleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ein Teil der Bevölkerung wird sie sich daher in Zukunft privat einkaufen (Zweiklassenmedizin).
KOCH	**4. Zielvorgaben: Die Kostensituation wird unvollständig interpretiert** Der Bundesrat verfolgt seit längerem und insbesondere seit dem Jahr 2018 mit den Massnahmenpaketen 1 und 2 auf Grundlage des Expertenberichts aus dem Jahr 2017 das prioritäre gesundheitspolitische Ziel einer Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Die KOCH verkennt nicht die Notwendigkeit, dass auch in der Schweiz als einem der reichsten Länder der Welt über die Effizienz des hochentwickelten Schweizer Gesundheitssystems und somit auch über sinnvolle Möglichkeiten von Kosteneinsparungen diskutiert werden muss. Die KOCH ist aber der Auffassung, dass der Bundesrat die falschen Schlüsse zieht, und die falschen Massnahmen ergriffen werden, denn die prioritär auf Kosteneindämmungen im Gesundheitswesen zielende Strategie des Bundesrats basiert aus unserer Sicht auf einer unvollständigen Interpretation der Kostensituation.
KOCH	**4.1 Das Schweizer Gesundheitssystem kostet nicht viel mehr als andere Gesundheitssysteme** Es ist zwar korrekt, dass die Schweiz mit einem Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 12% eines der teuersten Gesundheitssysteme hat. Betrachtet man aber nur die staatlichen und obligatorischen Gesundheitsausgaben, beträgt der Anteil am BIP allerdings nur 7.8%; die Schweiz ist damit gleichauf mit Österreich und Belgien und hat geringere obligatorische Ausgaben als das Vereinigte Königreich (8.0%), die Niederlande (8.2%), Dänemark (8.4%), Norwegen (9.0%), Japan (9.3%), Schweden (9.3%), Frankreich (9.4%), und Deutschland (9.9%).[1] Der Teil der Ausgaben, den die Schweizer

[1] OECD Health Data 2019, https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9

	Bevölkerung per Gesetz verpflichtend für das Gesundheitssystem ausgeben muss, und für den der Staat somit die regulatorische Verantwortung trägt, ist demnach vergleichsweise gering. Einen beträchtlichen Anteil der Gesundheitsausgaben zahlen die Menschen in der Schweiz freiwillig bzw. aus der eigenen Tasche. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob es legitim ist, dass der Bundesrat bei seinem Kostendämpfungsziel auf den 12%-Anteil der Gesamtgesundheitskosten am BIP abstellt oder ob er sich nicht ehrlicherweise auf die 7.8% Pflichtkosten beziehen sollte, mit denen die Schweiz aber nicht an der Spitze, sondern im Mittelfeld liegt. Das Abstellen auf die Gesamtgesundheitskosten passt insbesondere nicht mit dem Vorwurf zusammen, es gebe eine nachfrageinduzierte Mengenausweitung aufgrund von Moral Hazard-Verhalten der versicherten Personen. Der These einer Anspruchsmentalität der Grundversicherten zulasten der Versichertengengemeinschaft steht die Realität eines relativ hohen Eigenfinanzierungsanteils der konsumierten Gesundheitsleistungen respektive der Bereitschaft und der Kapazität eines grossen Teiles der Bevölkerung zu dieser Eigenfinanzierung gegenüber, die über mehr Erspartes verfügt (siehe weiter unten). In Deutschland ist die Situation ganz anders. Dort machen die staatlichen und obligatorischen Ausgaben für das Gesundheitssystem mit fast 10% am BIP erstens deutlich mehr und zweitens fast alle Gesamtausgaben aus, die bei 11.7% liegen.
KOCH	**4.2 Die Gesundheitskosten sind nicht zu hoch, weil sie stärker als das BIP steigen** Reiche Volkswirtschaften geben mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus – nicht nur absolut, sondern auch in Relation zum Einkommen. Das weist nicht auf einen Missstand hin, sondern ist Folge davon, dass der Gesundheit neben anderen Konsumausgaben mit zunehmendem Wohlstand ein grösserer Stellenwert zukommt, und in diesen Ländern die Gesundheitsversorgung zugänglicher und qualitativ besser ist. Deutlich wird dieser Zusammenhang zum einen im Zeitablauf – nimmt das Bruttoinlandsprodukt (BIP) eines Landes im Zeitablauf zu, steigt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP – und zum anderen im Ländervergleich - Länder mit geringen Wohlstandsniveaus, geben einen geringeren Anteil ihres BIP für Gesundheitsversorgung aus als Länder mit hohen Wohlstandsniveaus.[2] Im Übrigen wird, sofern es auch in den nächsten Jahren zu einem sinkenden BIP kommen sollte, infolge dieses Zusammenhangs auch der Anteil der Gesundheitskosten am BIP zurückgehen, dies trotz zusätzlicher Pandemiekosten. Die Annahme, die Entwicklung der Gesundheitskosten müsse sich konstant zur wirtschaftlichen Entwicklung bewegen, ist somit falsch und wird der steigenden Nachfrage von Gesundheitsleistungen in einer reichen Volkswirtschaft nicht gerecht. Unklar ist und geht auch aus dem Expertenbericht des Bundesrats nicht hervor, ob bzw. warum in der Schweiz das Verhältnis zwischen (obligatorischen) Gesundheitsausgaben und BIP nicht stimmen bzw. ein Indiz dafür sein sollte, dass das System nicht genug effizient und zu teuer sei.
KOCH	**4.3 Die Schweiz kann sich ihr Gesundheitssystem leisten** Die Schweizer Volkswirtschaft kann sich die gesundheitsbezogenen Ausgabensteigerungen aggregiert betrachtet gut leisten. Dies belegen die Haushaltsbudgeterhebungen des Bundesamts für Statistik. Die Budgetsituation der Haushalte hat sich seit 2006 verbessert. Ein durchschnittlicher

[2] Quellen: OECD Data 2019, Gross Domestic Product (GDP), https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm, OECD Health Data 2019, https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9

	Haushalt hatte 2017 nach Abzug aller Ausgaben (für obligatorische Steuern, Abgaben und Prämien, übrige Versicherungen, Gebühren und Übertragungen sowie Konsumausgaben) mehr Geld für Ersparnis zu Verfügung als 2006. Die Ersparnis stieg in dieser Zeit von 9.9% auf 14.4% am Bruttoeinkommen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben (obligatorische Krankenkassenprämien, Zusatzversicherungsprämien und out-of-pocket Gesundheitsausgaben) am Bruttoeinkommen ist zwischen 2006 (10.2%) und 2017 (10.5%) konstant geblieben[3]. Der durchschnittliche Haushalt gibt also verhältnismässig nicht mehr für die Gesundheitsversorgung aus und hat am Ende des Monats einen grösseren Anteil seines Bruttoeinkommens übrig. Das Narrativ vom Finanzierungsproblem im Gesundheitswesen ist daher falsch und damit auch der Fokus auf allgemeinem Kostensparen und generellen Budgetkürzungen. Dagegen darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Belastung einzelner Bevölkerungsteile von der oben dargestellten guten durchschnittlichen Budgetsituation der Haushalte abweicht und dass Finanzierungslösungen für stärker belastete Haushalte gefunden werden müssen. Anstelle der allgemeingültigen Kostenreduktion sollte daher die unterschiedliche Lastenverteilung ins Zentrum der Diskussion gerückt werden.
KOCH	**5. Zielvorgaben: Der Nutzen der Gesundheitsversorgung ist hoch – und wird nicht berücksichtigt** Man sollte meinen, dass die Kostendämpfungsmassnahmen vom Bundesrat vorgeschlagen werden, weil der Nutzen der teuren Gesundheitsversorgung den Kosten nachhinkt, und die Bevölkerung nicht angemessen von den Leistungen des Schweizer Spitzengesundheitssystems profitiert. Tatsächlich ist der Nutzen im internationalem Vergleich sehr gross, wie bspw. die unmittelbare Wirkung des Gesundheitssystems auf die Lebensdauer der Bevölkerung zeigt. [4] Auch bei den Wartezeiten, dem Zugang und der Zufriedenheit steht die Schweiz regelmässig im Ländervergleich an der Spitze.[5] Demzufolge zeigen Umfragen, dass die Bevölkerung mit dem Status quo der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden ist und keinen Abbau von Leistungen, sondern die Beibehaltung des hohen Niveaus der Leistungen aus der Grundversicherung wünscht. Die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung, um den hohen

[3] Haushaltsbudgeterhebung Bundesamt für Statistik, Haushalteinkommen und -ausgaben sämtlicher Haushalte nach Jahr (https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.assetdetail.10867220.html)

[4] Die unmittelbare Wirkung des Gesundheitsversorgungssystems auf die Lebensdauer kann durch den Indikator der vermeidbaren Sterblichkeit (Treatable Mortality Rate), der vorzeitigen vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbaren Sterblichkeit gemessen werden. In der Schweiz gibt es pro 100'000 Einwohner nur knapp 53 Fälle von vorzeitiger Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wären. Das ist im OECD-Vergleich der absolut tiefste Wert. Quelle: Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, S. 59

[5] Euro Health Consumer Index 2018: Das Schweizer Gesundheitswesen ist bezüglich Zugang zu medizinischen Leistungen mit Abstand das beste europäische Land. Gemessen wird dieser Indikator anhand der Wartezeiten bspw. für Termine beim Hausarzt oder für operative Eingriffe. Insbesondere Deutschland und Grossbritannien, die in der politischen Diskussion um Qualität und Kosten immer wieder als Vergleichsländer herangezogen werden, schneiden in dieser Disziplin schlecht ab

	Nutzen der Gesundheitsversorgung erhalten zu können, ist sehr hoch. Die Bereitschaft, für eine Kostensenkung individuelle Einschränkungen hinzunehmen, geht aber tendenziell zurück.[6] Es ist unverständlich, warum sich der Bundesrat in seiner gesundheitspolitischen Strategie bei seinem Vorschlag von Kostendämpfungsmassnahmen nicht damit auseinandersetzt, mit welchem Nutzenverlust für die Bevölkerung diese Vorschläge einhergehen. Es wird im Gegenteil mit der Fokussierung der Kostendämpfungsmassnahmen auf den ambulanten Sektor der Hebel dort angesetzt, wo die Bevölkerung den grössten Nutzen sieht. Eine Einschränkung der freien Arztwahl, sei es nach Kosten-, Qualitäts- oder Effizienzkriterien, sieht die Bevölkerung als den grössten Nutzenverlust an, respektive müssten die Krankenkassenprämien dafür sehr stark sinken, um den Nutzenverlust in Kauf zu nehmen.[7]
KOCH	**6. Zielvorgaben: Behauptete Ineffizienzen sind anzuzweifeln – Kostendämpfungsmassnahmen beseitigen Ineffizienzen nicht** Die KOCH verkennt nicht, dass es in einem teuren Gesundheitssystem, das einen grossen Nutzen mit sich bringt, auch Effizienzpotenziale geben kann. Das ist dann der Fall, wenn der gleiche hohe Nutzen mit weniger Ressourcen erreicht werden könnte. Allein solche Effizienzpotenziale können Massnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen rechtfertigen, wenn dadurch die Ineffizienzen gezielt bekämpft und beseitigt werden, und dabei die Versorgungsqualität nicht leidet. Bei den vorgeschlagenen Massnahmen, insbesondere bei den zentralen Massnahmen der Zielvorgabe, aber auch bei der Erstberatungsstelle, ist das nicht der Fall. Die im erläuternden Bericht zum zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung mehrfach prominent zitierte Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ZHAW und der INFRAS identifiziert im Schweizer Gesundheitssystem ein Effizienzpotenzial von 16 – 19% aller KVG pflichtigen Leistungen. Angesichts des offensichtlich grossen Gewichts dieser Studie für den Bundesrat und der attestierten hohen Ineffizienz des Schweizer Gesundheitssystems kommen wir nicht um eine kurze, bespielhaft gehaltene Kritik der Studie herum: -Unklar ist, ob bei den identifizierten Effizienzpotenzialen das jeweilige Versorgungsniveau beibehalten werden kann, wenn die angestrebten Einsparungen dort realisiert werden[8]. Diesen Beweis kann die Studie erwartungsgemäss nicht antreten.

[6] gfs Gesundheitsmonitor 2018

[7] H. Telser, Wie viel ist uns die Qualität im Gesundheitswesen wert?, Die Volkswirtschaft 3 / 2017

[8] Beispielsweise berufen sich die Studienautoren bei der Bestimmung des Effizienzpotenzials von unnötigen Laboranalysen (M3.S2) darauf, dass bei 11.5% der Befragten einer Studie über einen Zeitraum von zwei Jahren mindestens ein medizinischer Test wiederholt wurde. Dabei ist weder genau definiert, um was für einen Test es sich handelte noch, ob dieser Test ambulant oder stationär durchgeführt wurde. Trotz der geringen Kenntnis zu den Umständen der wiederholten Tests, gehen die Studienautoren davon aus, dass die

	-Ausserdem geht die Studie bei der Bezifferung der Effizienzpotenziale von zahlreichen Annahmen aus. Diese sind zum Teil falsch[9], und zum Teil werden Annahmen getroffen, die ebenso auch in die gegensätzliche Richtung ausfallen könnten[10]. - Falsch ist darüber hinaus, dass die Studie einzelne Effizienzpotenziale in das Gesamteffizienzpotenzial miteinberechnet, zu denen die entsprechenden Massnahmen bereits umgesetzt sind, die also nicht mehr im Gesamteffizienzpotenzial erscheinen sollten. Dies sind zum einen die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen in der Akutsomatik (P2.S1) sowie der Effekt der Anpassungen der TARMED-Tarife durch das BAG (P3.S1). Zudem ist nicht erkennbar, inwiefern sich die Leistungsverschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor auf den Letzteren auswirkt. Insgesamt kann daher also die Grössenordnung des Effizienzpotenzials, an dem sich der Bundesrat nun offensichtlich orientiert, stark bezweifelt werden. Noch mehr erstaunt, dass die Pakete zur Kostendämpfung kaum Massnahmen zur gezielten Beseitigung der vom Bundesrat in diesem Ausmass identifizierten und als Begründung für sein Massnahmenpaket herangezogenen Ineffizienzen enthalten. Anstelle eines gezielten Angehens von angeblichen Ineffizienzen werden mit Kostenzielen alle Leistungen über einen Kamm geschoren, möglicher Weise in der Hoffnung, damit auch Ineffizienzen zu beseitigen. Diese Hoffnung dürfte wohl kaum in Erfüllung gehen.
KOCH	**7. Zielvorgaben: Die Ansprüche der Bevölkerung scheinen nicht zu interessieren** Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung sollten sich nach Auffassung der KOCH zuerst am Bedarf und den Bedürfnissen der

Wiederholungen der Tests medizinisch unnötig und ineffizient waren und dass es nicht zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung gekommen wäre, wenn diese Tests innerhalb der zwei Jahre nicht wiederholt worden wären.

[9] Beispielsweise treffen die Studienautoren bei der Berechnung eines allfälligen Effizienzpotenzials bei den Betriebskosten von ambulanten Organisationen (P1.S3) die Annahme, dass sich «die Produktionskosten der Leistungserbringer in den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen niederschlagen», das soll heissen, dass Leistungserbringer mit ineffizient hohen Betriebskosten dies kompensieren, indem sie mehr oder teurere Leistungen anbieten und verrechnen und dass Leistungserbringer, die aufgrund von einer Praxiszusammenlegung Betriebskosten effizienter gestalten können, die eingesparten Betriebskosten in Form von weniger Leistungen an die Patienten weitergeben. Diese Annahme ist völlig unsinnig. Denn wenn das so wäre, wären ja gar keine unterschiedlichen Betriebskostenanteile am Gesamtumsatz feststellbar. Hinzu kommt, dass die von Experten angegebenen Betriebskostenanteile jeder Datengrundlage entbehren und nicht den RoKo-Zahlen entsprechen.

[10] Beispielsweise gehen die Studienautoren bei der Beseitigung von angebotsinduzierter Nachfrage durch Einführung von Budgetmitverantwortung von Ärzten (M2.S2) von einer Unterschätzung ihrer Bezifferung aus, weil «sich bisher eher die besseren, effizienteren Ärzte an Budgetmitverantwortung beteiligen». Genauso ist es aber auch denkbar, dass Ärzte, die sich bisher nicht an Budgetmitverantwortung beteiligen, jene sind, die bei ihrem Patientengut kaum Leistungen einsparen können.

	Menschen orientieren, welche die Versorgungsleistungen benötigen. Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssten darauf aufbauend die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe die benötigten Leistungen unter guten Bedingungen und mit guter Qualität erbringen können. Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssen drittens dafür sorgen, dass die Finanzierung dieser Leistungen in einer angemessenen, von der Gesamtwirtschaft und den Menschen tragbaren Höhe und Form sichergestellt ist. Der Bundesrat geht in seiner in erster Linie auf Kostendämpfung zielenden Gesundheitsreform anders vor. Er stützt sich auf technokratische Analysen von Experten, die zudem wenig fundiert sind, nicht das halten dürften, was sie versprechen und Kollateralschäden für Leistungsempfänger und Leistungserbringer verursachen werden. Die KOCH verweist in diesem Zusammenhang auf einen konstruktiven Beitrag der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ zu einer sinnvollen Gesundheitsreform. Die AGZ hat dazu eine umfassende Studie zu den Ansprüchen der Bevölkerung und der Ärzteschaft an die ärztliche Versorgung lanciert[11]. Die Ergebnisse dieser Studie liegen seit 2019 vor und belegen, wie das Versorgungssystem aus Sicht der Betroffenen aussehen sollte. Mit der Veröffentlichung Anfang 2020 und der Berichterstattung in der Schweizerische Ärztezeitung wurden die Studienergebnisse auch dem Bundesrat zur Verfügung gestellt.
KOCH	**8. Fazit zu Zielvorgaben - Vorschläge** -Die KOCH lehnt die betreffend Erzielung tatsächlicher Kostendämpfungseffekte fragwürdige, Ineffizienzen nicht beseitigende, mit einer Verschlechterung der Versorgung einhergehende Kostendämpfungsstrategie via Zielvorgaben kategorisch ab. -Die KOCH unterstützt stattdessen die Qualitätsstrategie im KVG, die kostendämpfende Effekte ohne Einschränkung der Patientenversorgung haben wird. -Die KOCH unterstützt stattdessen die Förderung der Effizienz in der Leistungserbringung. Sollten in der Realität der Leistungserbringung tatsächlich Ineffizienzen auftreten, sind die dafür vorgesehenen Instrumente des KVG zu nützen (Wirtschaftlichkeitsprüfung, Tarifcontrolling).

[11] Der Vorstand der AGZ hat mit INFRAS ein anerkanntes Forschungsinstitut beauftragt, mit einer qualitativen und quantitativen Analyse den Bedarf und die Bedürfnisse der Menschen, die das Versorgungssystem potenziell oder tatsächlich in Anspruch nehmen, und der Menschen, die Versorgungsleistungen anbieten, zu erheben. Erhoben wurden nicht nur die Ansprüche an die Versorgung bzw. an die Rahmenbedingungen für die Erbringung der Versorgungsleistungen, sondern auch Erwartungen betreffend Versorgungsstrukturen sowie Finanzierungsaspekte. In Fokusgruppeninterviews wurde die Sichtweise der «Leistungsempfänger», differenziert nach jungen Menschen, Menschen mittleren Alters, betagten Menschen und Menschen mit chronischen Krankheiten, und der «Leistungserbringer» (in unserem Fall nur der Ärzte), differenziert nach zukünftigen Ärzten (Studierende sowie Ärzte in Weiterbildung), und Ärzten im Berufsalltag erhoben. In einem zweiten Schritt wurde aufgrund der Erkenntnisse der Fokusgruppen-Interviews eine repräsentative quantitative Erhebung durchgeführt.

	-Die KOCH unterstützt stattdessen den Ansatz der Re-Evaluation von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mittels Methoden des Health Technology Assessment HTA. Sollten dabei ineffiziente oder obsolete Leistungen identifiziert werden, sollten sie aus dem Leistungskatalog der OKP entfernt werden.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
KOCH	Art. 21	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
KOCH	Art. 21	Abs. 2	a-d	Im Absatz 2 wird ausgeführt, dass Daten grundsätzlich in aggregierter Form weiterzugeben sind. Allerdings soll der Bundesrat vorsehen können, dass die Daten pro versicherte Person weitergegeben werden müssen. Aus den Buchstaben a-d sind keine Aufgaben erkennen, welche die Notwendigkeit von Daten pro versicherte Person voraussetzt. Das KVG regelt in Art. 43 ff die Tarife, deren Anforderungen und die Genehmigungsprozesse. Insofern ist unklar, inwiefern das BAG hier nochmals Daten zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung in einem strukturierten Prozess braucht. Es gilt festzuhalten, dass Tarife grundsätzlich der Tarifautonomie unterliegen und die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates keine systematische und strukturierte Analyse im vorgesehenen Ausmass rechtfertigt. Das BAG ist ja bereits mit der subsidiären Kompetenz überfordert, wie die verschiedenen in der Vergangenheit getroffenen Massnahmen zeigen und daher ist auf diese systematische Datensammlung und -Analyse zu verzichten. Die Tarifpartner müssen der Genehmigungsbehörde ohnehin die Entscheidungsgrundlagen für die Beurteilung eines Tarifes zur Verfügung stellen. Bei einer behördlichen Festsetzung kann die Behörde die entsprechenden Daten situativ einfordern. Die systematische Datenlieferung verursacht nur Kosten, welche in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen. Auch die gesetzlichen	Die Daten sind in aggregierter und anonymisierter Form weiterzugeben. a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringerkategorie.

				Bestimmungen sollten analog der medizinischen Leistungen im KVG den WZW-Kriterien genügen. Zudem werden bereits heute durch die Versicherer WZW-Verfahren gegen auffällige Leistungserbringer durchgeführt, weshalb eine zusätzliche, auf einzelne Leistungserbringer heruntergebrochene Datensammlung überflüssig und unverhältnismässig ist. Im ergänzenden Bericht (S. 62) wird ausgeführt, dass die Kantone ihre Kostenziele bis hin zu einzelnen Leistungserbringern differenzieren können. Das würde bedeuten, dass die Daten also nicht nur dem BAG übermittelt werden, sondern das BAG die nicht anonymisierten Daten dann an die Kantone weitergeben muss, was im vorliegenden Gesetzesentwurf mit keinem Wort erwähnt ist.	
KOCH	Art. 21	Abs. 3		Da die Daten dem BAG nur in aggregierter und anonymisierter Form (vgl. Antrag MSN zu Art. 21 Abs. 2) weitergegeben werden dürfen, erübrigt sich der Absatz 3.	Ersatzlos streichen
KOCH	Art. 25	Abs. 2	h, i	Die KOCH begrüsst grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung, kann aber die geplanten Regelungen zu den «Programmen der Patientenversorgung» im Hinblick auf ihre Effektivität und ihren Einfluss auf die Versorgungsqualität nicht abschliessend beurteilen. Die KOCH bezweifelt aber, dass die Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung in der geplanten Form im Gesetz (Art. 24 Abs. 2 Bst. h und i) aufgeführt werden müssen. Zum einen ist dies bereits in Art. 25 Abs. 2 Bst. a mit «Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen» genannt. Die gesetzliche Grundlage für	Ersatzlos streichen

				Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen ärztlich geleiteter strukturierter Programme ist also prinzipiell bereits vorhanden, die Leistungserbringung muss aber aktuell explizit auf ärztliche Anordnung oder im Auftrag erfolgen. Zum anderen verweisen wir auf das Medizinalberufegesetz, das die Kompetenzen der Leistungserbringer abschliessend regelt. Diese sehen für Apothekerinnen und Apotheker keine Kompetenz zur Erbringung ärztlicher Leistungen vor, sondern lediglich, dass Apothekerinnen und Apotheker «angemessene Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen und Krankheiten» (Art. 9 MedBG) haben. Angemessene Grundkenntnisse genügen nicht, um selbstständig eine Differenzialdiagnose bei Patientinnen und Patienten durchzuführen und eine Behandlung einzuleiten. Daher müssen die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker auch nicht im KVG erwähnt werden, denn es wird ja hinzugefügt, dass diese Leistungen nur im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen erbracht werden können. Das gibt Apothekerinnen und Apothekern zwar mehr Kompetenz zum selbständigen Erbringen von ärztlichen Leistungen, was wie oben bemerkt im Widersprich zum Art. 9. MedBG steht, belässt die Haftung jedoch bei der Ärztin, dem Arzt oder der ärztlichen Institution, die das strukturierte Programm leitet.	
KOCH	Art. 32	Abs. 3		Keine Bemerkungen	
KOCH	Art. 33	Abs. 3		Da der Art. 25 Abs. 2 lit. h und i ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KOCH	Art. 35	Abs. 2		Eine neue Leistungserbringerkategorie soll Aufnahme im KVG finden. Dies ist unnötig, da ein Ärztenetz eine Einrichtung, die der	Ergänzung des Art. 35 Abs. 2 Bst. n : «Einrichtungen oder Institutionen/Ärztenetze, die der ambulanten

				ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, darstellt, wie sie in Art. 35 Abs. 2 Bst. n definiert ist.	Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen»
KOCH	Art. 36b			Die KOCH begrüsst grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung. Die INFRAS-Studie zeigt auf, dass sowohl die Ärzteschaft als auch die Bevölkerung sich darin einig sind, dass bei der Koordination zwischen den Leistungserbringern Defizite bestehen. Beide sehen bei der verbesserten Koordination auch ein grosses Kosteneinsparpotenzial[12]. Die Wünsche insbesondere der jüngeren ÄrztInnen, mehr Teilzeit arbeiten zu können, sind wenig kompatibel mit dem Anspruch der PatientInnen, möglichst immer und spontan die gleiche Ärztin bzw. den gleichen Arzt zu konsultieren. Mehr koordinierte Versorgungsmodelle mit Stellvertreterlösungen und Gruppen-/Gemeinschaftspraxen könnten dieses Dilemma ggf. etwas auflösen. Die KOCH bezweifelt, dass die geplante Gesetzesänderung (Festlegen der Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke zur koordinierten Versorgung durch den Bundesrat), eine effektive Förderung der koordinierten Versorgung bedeutet. Die Alternativen Versicherungsmodelle wurden und werden aktuell von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert.	

[12] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

				Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke ist daher abzulehnen. Eine Definition eines Ärztenetzes ist überflüssig, da diese bereits unter die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, subsumiert werden können und diese in Art. 36a bereits definiert sind.	
KOCH	Art. 40a-d			Die KOCH lehnt die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Denn sie schränkt die Wahlfreiheit der Patienten unnötig ein, ist versicherungsökonomisch unsinnig, führt zu unnötigen Mehrleistungen und zusätzlichem Aufwand und stärkt die Grundversorgung nicht. **Die Bevölkerung will die freie Wahl** Bei der Massnahme «Erstberatungsstelle» handelt es sich um eine rigide Form der Einschränkung des freien Zugangs zu Leistungserbringern. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl prinzipiell für alle auf. Kein Bürger soll mehr direkt den Leistungserbringer seiner Wahl aufsuchen können. Das entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung. Bereits die deutliche Ablehnung der Managed Care Vorlage im Jahr 2012 hat gezeigt, dass die Bevölkerung grossen Wert auf die freie Arztwahl legt, dies obwohl die Managed Care Vorlage in Bezug auf die Einschränkung der freien Arztwahl harmlos war. Es sollte «lediglich» ein zusätzliches optionales Modell mit eingeschränkter Arztwahl (integriertes Versorgungsnetzwerk) eingeführt werden. Dabei waren sogar Aussichten auf eine geringere Krankenkassenprämie und Kostenbeteiligung bei Wahl eines integrierten Versorgungsnetzwerkes gegeben. Die Stimmbürger haben die Vorlage mit 76% Nein-Stimmen abgelehnt und somit offensichtlich den freien Zugang zu Leistungserbringern deutlich	Ersatzlos streichen

				höher gewichtet als eine Reduktion der Prämien oder Kostenbeteiligungen. Zwar haben sich heute über drei Viertel (77%) der Deutschschweizer Versicherten freiwillig für eine Grundversicherung mit einem alternativen Versicherungsmodell (Hausarztmodell, Telmed-Modell, HMO-Modell) entschieden (INFRAS 2019); dabei spielt die Freiwilligkeit und Selbstverantwortung aber die entscheidende Rolle. Versicherte, die sich für ein Standard-Versicherungsmodell entschieden haben, haben i.d.R. einen bestimmten Grund, sich nicht per se in der freien Wahlmöglichkeit des Arztes einzuschränken (bspw. bei schlechtem Gesundheitszustand bzw. chronischer Erkrankung). Weiter zeigt die INFRAS-Studie der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ auf, dass die Versicherten, die ein Modell der freien Arztwahl respektive des freien Zugangs zu Spezialisten wählen, diese Freiheit nicht verlieren wollen (46% dieser Versicherten würden den Verlust der freien Arztwahl nicht gegen tiefere Prämien tauschen wollen). Es ist auch nicht ersichtlich, wie eine verpflichtende Erstberatung durch bspw. Patienten mit Krebs oder Menschen mit schwer identifizierbaren seltenen Krankheiten helfen sollten. Die Realität, dass es einen Mangel an gut und umfassend ausgebildeten Hauärzten gibt, die am ehesten die Rolle einer ständigen ersten Anlaufstelle übernehmen können (und aus Sicht der meisten Patienten übernehmen sollten), bzw. das Tarifsystem, das eine – wenn sie eine Wirkung haben soll – intensive und zeitaufwändige Erstberatung bei chronischen, komplexen oder seltenen Behandlungen nicht abbildet, stehen dem Ansatz einer Erstberatung entgegen.	

				Der Impact der Massnahme auf Verhaltensänderungen ist gering Die abschreckende Wirkung und die negative Wahrnehmung einer verpflichtenden Erstberatungsstelle wird wegen der Beschneidung der persönlichen Wahlfreiheit in der Bevölkerung zwar immens sein. Eine ernstzunehmende Wirkung auf Verhaltensänderungen beim Arztbesuch wird die Massnahme indes aber nicht haben. Denn die meisten Patientinnen und Patienten suchen heute schon zuerst eine definierte Erstberatungsstelle auf. Laut INFRAS-Studie gehen 97% der Versicherten mit Hausarztmodell und 99% der Versicherten mit HMO-Modell immer oder meistens zuerst zu ihrer Erstberatungsstelle. Aber auch die Standardversicherten, die eigentlich direkt zur Spezialistin bzw. zum Spezialisten gehen könnten, konsultieren in 80% der Fälle zuerst ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt. Insgesamt suchen 89% der Patientinnen und Patienten ungeachtet des Versicherungsmodells für die Erstkonsultation immer oder meistens den persönlichen Hausarzt oder die eigene HMO-Praxis auf (INFRAS 2019, siehe Graphik). Die übrigen 11% gehen entweder zu wechselnden Grundversorgern (4%) oder suchen sich jeweils für das vorliegende Problem die aus ihrer Sicht geeignetsten Spezialärztinnen und Spezialärzte (7%). Die Steuerungswirkung kann also gerade mal diese 11% der Versicherten betreffen. **Eine verpflichtende Erstberatungsstelle ist versicherungsökonomisch unsinnig** Versicherte, die sich für die Standardversicherung, also für die freie Arztwahl, entschieden haben, zahlen höhere Prämien. Sie tragen also die allfälligen Mehrkosten, die ihre Versicherungsform verursacht, selbst. Es ist nicht einzusehen, warum man ihnen ein	

				Produkt aufzwingen möchte, das zwar (vielleicht) günstiger ist, dafür aber nicht ihren Präferenzen entspricht. Wenn sie dieses Produkt wollten, könnten sie sich heute bereits dafür entscheiden. **Keine Einsparwirkung aber zusätzlicher Aufwand und volle Wartezimmer** Wie gesagt gehen lediglich 11% der Versicherten heute nicht zuerst zu der gleichen ersten Anlaufstelle. Eine Verhaltensänderung kann also nur bei diesen 11% der Versicherten erzielt werden. Dagegen gibt es rund 23% Standardversicherte; diese sollen von einer Prämienreduktion ausgehen dürfen. Wenn aber nur zusätzliche 11% der Versicherten gesteuert werden, wird diese Prämienreduktion wohl nicht entsprechend hoch ausfallen können. Voraussetzung dafür, dass es überhaupt zu einer Prämienreduktion kommt, wäre ja, dass dadurch, dass die besagten 11% über die Erstanlaufstelle gehen, Kosten gespart werden. Das ist stark zu bezweifeln. Denn 7% der Versicherten wählen heute bewusst den direkten Weg zum Spezialisten. Bei diesen Patientinnen und Patienten wird der Besuch der Erstberatungsstelle nur ein notwendiges zu absolvierendes Übel sein, bevor sie den gewünschten Spezialisten aufsuchen können. Bei den Grundversorgerinnen und -versorgern wird das lediglich zu höherem Aufwand und vollen Wartezimmern führen. **Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen** Wenn Hausärztinnen und Hausärzte für die Erstberatung eine jährliche Pauschale pro versicherte Person erhalten, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, unabhängig davon, ob und wie häufig sich die versicherten Personen an sie wenden, führt	

				das zu komplett falschen Anreizen. Bei knappen Ressourcen sind Ärztinnen und Ärzte gezwungen, sich auf ein möglichst gesundes Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf so gut es geht zu vermeiden. Knappe bzw. beschränkte Ressourcen pro Patient bedeuten auch, dass die Erstberatung so knapp wie möglich ausfallen muss, umfassende Abklärungen und eine gute Koordination nicht stattfinden können, sondern Patientinnen und Patienten schnellst möglich an einen anderen Arzt, einen Spezialisten, weiterüberwiesen werden müssen. Das Ziel, dass die Erstberatungsstelle Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, um die Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung konterkariert. Die Erstberatungsstelle droht unter diesen Umständen zu einem notwendigen Übel zu mutieren, das Versicherte auf sich nehmen müssen, und ein erhoffter Effekt auf die Vermeidung von «unnötigen» Leistungen wird nicht eintreten. Das Vertrauen der Patienten in die Grundversorgung dürfte dadurch eher geschwächt als gestärkt werden. **Modell Erstberatungsstelle nicht durch Pflicht, sondern durch echte Stärkung der Grundversorgung fördern** Die Tatsache, dass die Mehrheit freiwillig ein besonderes Versicherungsmodell wählt und bei gesundheitlichen Problemen in der Regel zuerst die Hausärztin oder den Hausarzt aufsucht, zeigt, dass diesen in der Grundversorgung tätigen Ärzten als erste und verfügbare Anlaufstelle eine zentrale Rolle spielen. Die meisten Menschen haben eine deutliche Präferenz für eine feste vertraue Bezugsperson und eine kontinuierliche Beziehung zur	

				Hausärztin/zum Hausarzt (INFRAS 2019). Die Hausarztmedizin sollte daher unbedingt gestärkt, und Hausärzte sollten als Erstberatungsstellen gefördert werden. Durch ein zwangsweises Gatekeeping in Form des verpflichtenden Aufsuchens einer Erstberatungsstelle wird sich aber wie beschrieben an der heutigen Situation wenig ändern, sondern ggf. wird sich die Bedeutung der Erstberatung durch Hausärztinnen und Hausärzte noch verschlechtern. Es ist nicht ersichtlich, wie eine verpflichtende Erstberatung bspw. Patienten mit Krebs oder Menschen mit schwer identifizierbaren seltenen Krankheiten helfen sollten. Die Realität, dass es einen Mangel an gut und umfassend ausgebildeten Haus- und Kinderärzten gibt, und ein Tarifsystem, das eine intensive und zeitaufwändige Erstberatung bei chronischen, komplexen oder seltenen Behandlungen nicht abbildet, stehen dem Ansatz einer Erstberatung zudem entgegen. Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des «Modells Erstberatungsstelle» sind ausreichende und gut ausgebildete Hausärztinnen und Hausärzte, qualitativ gute Netzwerke von Hausärzten und Spezialisten und ein Tarifsystem, das vor allem den Zeitbedarf für eine Erstberatung und die weitere Koordination des Behandlungsprozesses angemessen abbildet.	
KOCH	Art. 41			Keine Bemerkungen	
KOCH	Art. 41a			Da die Erstberatungsstelle (Art. 40a-d) abgelehnt wird, kann auf den Art. 41a ebenfalls verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KOCH	Art. 42	Abs. 2		Keine Bemerkungen	
KOCH	Art. 42a	Abs. 2, 3		Keine Bemerkungen	

KOCH	Art. 48a	Abs. 1, 2		Die KOCH kann noch nicht abschliessend beurteilen, inwiefern die pauschale Abgeltung der Leistungen des Netzwerkes zur koordinierten Versorgung zielführend sind. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken sind grundsätzlich sinnvoller als solche die bspw. nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei der Erstberatungsstelle geplant ist. Allerdings scheint es dann auch vorgegeben zu sein, dass sich die Versorgungsnetzwerke auf spezifische Behandlungen spezialisieren, für die sich konkrete Behandlungspfade definieren lassen. In jedem Fall ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination in den Pauschalen berücksichtigt und abgegolten wird. Gemäss INFRAS-Studie seien laut Ärztinnen und Ärzten u.a. fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer, sich integrierten Versorgungsmodellen anzuschliessen und u.a. Budgetverantwortung zu übernehmen sowie fehlende Abrechnungsmöglichkeiten des Aufwands für die Koordination, Hauptgründe dafür, dass die integrierte Versorgung in der Schweiz noch weiteres Umsetzungspotential hat.	
KOCH	Art. 52	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
KOCH	Art. 52b			Keine Bemerkungen	
KOCH	Art. 52c			Keine Bemerkungen	
KOCH	Art. 53	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
KOCH	Art. 54			Die KOCH lehnt die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele entschieden ab. Zielvorgaben bedeuten gedeckelte Budgets. Dies ist auch dann der Fall, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt werden.	Ersatzlos streichen

				Die vorgegebene Zielvorgabe wird – trotz Einbezugs des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes neben der wirtschaftlichen Entwicklung geringer ausfallen, als es der aktuellen tatsächlichen Kostenentwicklung entspricht. Denn die erlaubten Mehrkosten aufgrund des demographischen Wandels und des technischen Fortschrittes werden nicht Mehrkosten entsprechen, die tatsächlich von diesen Effekten ausgelöst werden. Bisher konnte noch keine Wissenschaftlerin und kein Wissenschaftler bestimmen, welcher Anteil am Anstieg der Gesundheitskosten auf die wirtschaftliche Entwicklung, den demographischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist. Die erlaubten Mehrkosten werden also politisch festgelegt sein. Leistungserbringer und ihre Patientinnen und Patienten werden also unter einer Zielvorgabe in jedem Fall mit weniger Mitteln auskommen müssen. Ärztinnen und Ärzte werden medizinische Leistungen beschränken müssen. Dies ist wird nicht zu einer Reduktion von Überversorgung führen, sondern zu einer Verschärfung der Problematik von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zielvorgaben reduzieren keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize. Sie werden ineffiziente Kosten nicht reduzieren, sondern Folgekosten verursachen. Sie verschlechtern die Versorgungsqualität und schaffen Versorgungslücken. **Zielvorgaben rationieren notwendige medizinische Leistungen** «Bei einem gedeckelten Budget ist es nicht möglich, alle Leistungen gegenüber allen Patientinnen und Patienten zu erbringen»[13]. Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, ihren jeweiligen Patientinnen und Patienten die medizinische Behandlung zu geben,	

[13] FMH, Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, 2018, https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf

				die diese benötigen. Haben sie eine Patientin mit einem bestimmten Behandlungsbedarf vor sich, wissen sie nicht, wie viele weitere Patientinnen in der laufenden Budgetperiode noch mit diesem oder einem noch dringenderen Behandlungsbedarf zu ihnen kommen. Sie können keine Gesamtabwägung darüber machen, welche Patientinnen und Patienten die Behandlung bekommen und welche Patientinnen und Patienten auf die Behandlung verzichten müssen. Das heisst die knappen Ressourcen können aufgrund unvollständiger Information nicht sinnvoll am medizinischen Bedarf ausgerichtet verteilt werden. Medizinisch notwendige Leistungen werden nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden können bzw. in die nächste Budgetperiode verschoben werden. Dies verschärft die Problematik in jeder weiteren Budgetperiode. Die Folge ist, dass immer mehr Patientinnen und Patienten Leistungen vorenthalten werden müssen, und es immer häufiger zu langen Wartezeiten kommt. Die Schweizer Bevölkerung schätzt den guten Zugang zu Innovationen und die aktuell relativ geringen Wartezeiten in der Schweiz sehr. Die Mehrheit ist nicht bereit Abstriche beim Zugang oder den Wartezeiten in Kauf zu nehmen, selbst dann nicht, wenn im Gegenzug die Prämien sinken. Gut 70% der Befragten, der von der AGZbei INFRAS in Auftrag gegebenen Studie lehnen es ab, Kürzungen des Leistungskataloges in Kauf zu nehmen, wenn dafür die Prämien sinken. 65% der Patientinnen und Patienten möchten nicht, dass die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte eingeschränkt wird und ebenfalls 65% möchten keine Einschränkungen beim Zugang zu Innovationen hinnehmen. 75% der Befragten lehnen längere Wartezeiten bei Hausärzt*innen ab, 63% lehnen längere Wartezeiten bei Spezialist*innen und 46%	

				längere Wartezeiten für planbare Operationen ab, wenn dadurch die Prämien sinken würden[14]. **Zielvorgaben ebnen den Weg für eine Zweiklassenmedizin** Wer trotz gedeckeltem Budget in der obligatorischen Krankversicherung keine Einschränkungen und längere Wartezeiten hinnehmen möchte und es sich leisten kann, wird die gewünschten Behandlungen aus der eigenen Tasche zahlen oder über Zusatzversicherungen erhalten. In Deutschland haben einige Ärztinnen und Ärzte ihr Angebot komplett auf privatversicherte oder selbstzahlende Patientinnen und Patienten ausgerichtet bzw. behandeln diese bevorzugt. Damit haben sich die ärztlichen Ressourcen, die der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, zusätzlich - sowohl quantitativ als auch qualitativ – verschlechtert. Die Einführung einer Zielvorgabe in der obligatorischen Krankenversicherung würde insbesondere in der Schweiz, in der es viele zahlungskräftige Bürgerinnen und Bürger gibt, den Weg für eine Zweiklassenmedizin ebnen. Gemäss INFRAS-Studie würden 29% der Befragten höhere Prämien zahlen, um dafür eine höhere Anzahl Hausärzte und Hausärztinnen verfügbar zu haben, 17% der Befragten wurde für mehr Spezialisten mehr zahlen. Für kürzere Wartezeiten würde rund ein Viertel der Befragten höhere Prämien zahlen[15]. **Zielvorgaben verschlechtern das Arzt-Patient-Verhältnis** «Die Politik will die Diskussion, wer wann keine Leistung mehr	

[14] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019
[15] Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

				erhalten soll, nicht führen und delegiert diese Aufgabe an die Ärzteschaft»[16]. Damit geraten Ärztinnen und Ärzte in schwierige Konflikte mit ihren Patientinnen und Patienten. Versicherte in der OKP haben Anspruch auf volle Leistung ohne Deckelung. Eine Versicherung hat zu zahlen, wenn der Schaden eintritt. Die Deckelung soll nun dadurch erreicht werden, dass Leistungen von Ärztinnen und Ärzten gar nicht erst erbracht und auf diese Weise Patientinnen und Patienten vorenthalten werden. Dies belastet und untergräbt das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis, welches für die gute ärztliche Versorgung von zentralster Bedeutung ist – dies ist eine der wichtigsten Schlussfolgerungen der INFRAS-Studie. Ein schlechtes Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutet schlechte Versorgung. Die Ärzteschaft versteht sich als Partner der Patientinnen und Patienten. Die Ärzteschaft weigert sich, die Rolle des Rationierers zu übernehmen. **Zielvorgaben beseitigen keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize** In einem theoretischen Ansatz ist es möglich, Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitssystem respektive unnötige Kosten zu identifizieren, dies im Gegensatz zur Realität, wo der Faktor «Mensch» eine grosse Rolle spielt. Die ZHAW und INFRAS haben sich bemüht, diese Ineffizienzen in der vom BAG beauftragen Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen» zu benennen und zu beziffern. Die identifizierten Ineffizienz-Kategorien sollen unwirksame Leistungen, angebots- und nachfrageindizierte Mengenausweitung, mangelnde Koordination in der Versorgung, produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern, suboptimale Allokation der Versorgungssettings sowie zu hohe Leistungen von	

[16] FMH, Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, 2018, https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf

				Gesundheitsleistungen und Produkten sein. Zusammen sollen diese Ineffizienzen 16 bis 19% der KVG-pflichtigen Leistungen ausmachen. Es ist zu befürchten, dass sich der Bundesrat bei der Festlegung der nationalen Zielvorgabe an den Studien-Ergebnissen orientieren wird. Aber durch eine Zielvorgabe wird keine einzige dieser Ineffizienzen gezielt gesteuert und beseitigt. Im Gegenteil, eine Zielvorgabe schafft neue falsche Anreize. Dies sind a) das Verschieben notwendiger Leistungen in andere Leistungsblöcke, andere Kantone oder folgende Budgetperioden, b) das Vermeiden von aufwendigen komplexen Fällen, die einen hohen Ressourceneinsatz erfordern und c) ein Hamsterrad-Verhalten der einzelnen Marktteilnehmer (Patienten und Leistungserbringer). **Zielvorgaben orientieren sich nicht am Behandlungsbedarf** Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen sollte am Behandlungsbedarf der Bevölkerung ansetzen. Zielvorgaben berücksichtigen den Behandlungsbedarf nicht. Sie richten sich ggf. an der demographischen Entwicklung der Schweiz und der Bevölkerung der einzelnen Kantone aus. Diese beschreibt aber die Morbidität und damit den Behandlungsbedarf nur unzureichend. **Unwirtschaftliche Leistungen werden bereits kontrolliert und nicht vergütet** Eine mögliche Überlegung der Regulatoren hinter der Einführung eines Zielvorgaben ist, dass Ärztinnen und Ärzte unter einem Kostenziel unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen weglassen. Das unterstellt, dass Ärztinnen und Ärzte heute mit vollem Bewusstsein unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen erbringen. Das hiesse, dass sie sehr genau wissen, welche Leistungen unwirtschaftlich und/oder unwirksam sind, ergo von heute auf morgen die Entscheidung treffen können, diese	

				Leistungen wegzulassen. Das ist nicht der Fall. Ausserdem gibt es bereits heute Kontroll- und Sanktionsmechanismen bei unwirtschaftlicher Leistungserbringung (Wirtschaftlichkeitsverfahren) und bei falscher oder auffälliger Tarifanwendung (Tarifcontrolling). Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch die Kosten, Leistungserbringung und Tarifanwendung und fordern Vergütungen zurück. Der Spielraum für die unwirtschaftliche oder exzessive Anwendung von Leistungen ist daher bereits heute gering. **Zielvorgaben senken die Kosten nicht** Die Kantone Genf, Waadt und das Tessin haben Zielvorgaben im Spitalbereich. Ein dämpfender Effekt auf das Ausgabenwachstum kann dort nicht bestätigt werden[17]. Zielvorgaben führen zu Folgekosten wegen unterlassener Behandlungen. Wenn beispielsweise eine ältere Patientin aufgrund einer Knie-Operation nur ein halbes Jahr länger selbständig wohnen kann, ist die Operation für die Gesellschaft bereits günstiger[18].	
KOCH	Art. 54a			**Zielvorgaben verhindern integrierte Versorgung** Die Zielvorgabe wird auf verschiedene Leistungsblöcke (bspw. stationäre Leistungen im Spital, ambulante Leistungen im Spital, ambulante Leistungen in Praxen, Leistungen der Grundversorgung, Spezialärztliche Leistungen, Medikamente, Laborleistungen, etc.) aufgeteilt. Dies führt dazu, dass jeder Leistungsblock sein eigenes Teilbudget verteidigen wird, und dass Leistungserbringer geneigt sind, Patientinnen und Patienten in andere Leistungsblöcke zu verschieben. Die Trennung nach Leistungsblöcken lässt es nicht	Ersatzlos streichen

[17] Trezzini, B., Meyer, B., Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht, Schweizerische Ärztezeitung, 2019, 100(33):1057-1060
[18] FMH, Film: Auswirkungen des Globalbudgets, https://www.fmh.ch/politik-medien/politische-geschaefte/kostendaempfung-globalbudget.cfm

				zu, dass Leistungserbringer ein gemeinsames Kostenbewusstsein und Verantwortung für die gesamten Fallkosten übernehmen. Dies widerspricht der integrierten Versorgung.	
KOCH	Art. 54b			**Zielvorgaben wirken Zentralisierung und Spezialisierung entgegen** Die Zielvorgabe wird auf die einzelnen Kantone verteilt. Dabei spielen die aktuelle Kostenverteilung, die Bevölkerungsverteilung und die demographische Entwicklung der Wohnbevölkerung der Kantone eine Rolle. Die Wohnbevölkerung spiegelt aber nicht realistisch wider, welche und wie viele Patientinnen und Patienten in einem Kanton tatsächlich ärztlich versorgt werden. Je spezialisierter das medizinische Angebot eines Kantons ist, umso mehr Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen werden dort versorgt. Dabei handelt es sich vor allem um schwere Fälle, die überdurchschnittlich hohe Kosten verursachen. Sollten diese Fälle in Zukunft in ihren eigenen Wohnkantonen behandelt werden, weil sie dort in der kantonalen Zielvorgabe berücksichtigt sind? Kantonale Zielvorgaben fördern es, dass unsinnige parallele kantonale Strukturen bestehen bleiben oder weiter ausgebaut werden. Sie wirken Zentralisierung und Spezialisierung von medizinischem Knowhow und Ressourcen entgegen.	Ersatzlos streichen
KOCH	Art. 54c			Da die Art. 54 – 54b ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KOCH	Art. 54d			**Zielvorgaben gefährden die Versorgungssicherheit insbesondere in der Grundversorgung** Die Kantone führen Korrekturmassnahmen durch, wenn die Kostenziele überschritten werden. Die Korrekturmassnahmen bestehen aus Anpassungen der Tarifverträge, Tarife und Preise (Taxpunktwerte, Baserates, etc.). Im schlimmsten Fall findet ein	Ersatzlos streichen

				jährlicher Preisabschlag statt. Darunter werden insbesondere Ärztinnen und Ärzte jener Fachbereiche leiden, deren Umsätze bereits heute kaum die Gestehungskosten der Praxis decken können. Dies sind vorallem Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, also die Grundversorger. Bereits heute haben diese Fachgebiete Nachwuchsprobleme und insbesondere bei den Hausärzten und Kinderärzten spüren Patientinnen und Patienten bereits heute den Ärztemangel. Im Kanton Zürich gibt es kaum Kinderärzte, die keine Aufnahmebeschränkungen und Wartelisten bei Neuanfragen haben; teilweise gibt es sogar Aufnahmestopps.	
KOCH	Art. 54e			Da die Art. 54 – Art. 54d ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KOCH	Art. 64	Abs. 7	b und c	Keine Bemerkungen	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dr. med. Alexandra Krautheim

Spalenpraxis Dermatologie

Missionsstrasse 28, 4055 Basel

Alexandra Krautheim

061 260 26 00

krautheim@spalenpraxis.ch

Basel, 21.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen,

	welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen

	administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die	

				Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und	

				sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kantonsspital Aarau AG

Abkürzung der Firma / Organisation : KSA

Adresse : Tellstrasse 25, 5001 Aarau

Kontaktperson : Robert Rhiner, MPH, CEO

Telefon : 062 838 94 20

E-Mail : robert.rhiner@ksa.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 16

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die Vorlage wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Dieses Paket wird jedoch wenige bis keine Einsparungen bringen, Bürokratie und Administration erhöhen sowie falsche Anreize setzen, respektive kontraproduktive Effekte im System auslösen. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind zudem gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten. Die Gewährleistung der Versorgungssicherheit ist auch ohne Ausnahmesituationen eine grosse Aufgabe. Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere: – Durch die Änderung der KVV und der VKL (KVV / VKL-Änderung zu Planungskriterien, Tarifermittlungsgrundsätzen, Kostenermittlung und Kostenvergütung) wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone. – Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht. – Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. – Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

	Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten – die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden, – die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel), – das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden, – die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden, – der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft, – die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert, – die ambulante Versorgung gestärkt, – die integrierte Versorgung gestärkt – und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden. Eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung wird unterstützt, die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aber dezidiert abgelehnt. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird! Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
	Einführung von Kostenzielen Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

	Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet. Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.» Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen. Es werden damit bewusst falsche Anreize gesetzt, weil die Konsequenzen von Budgetüberschreitungen in einer nachfolgenden Periode greifen und weil sie auch Akteure treffen, die sich korrekt / kostenbewusst verhalten oder mit etwas Mehraufwand Einsparungen in anderen Bereichen erzielen. Diese Form der «Sippenhaft» innerhalb einer Branche respektive einer Budgetgruppe bestraft de facto diejenigen, die sich kostenbewusst verhalten und ist damit kontraproduktiv. Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

	regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. Die Administration wird konkret dadurch massiv erhöht, indem nationale Ziele, kantonale Ziele und Ziele pro Leistungsgruppe geschaffen werden sollen. Noch mehr Administration würde dann durch Korrekturmassnahmen entstehen, wenn Kostenziele nicht eingehalten werden. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das, was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Das «Silodenken» der einzelnen Branchen wird gefördert, was allen Bestrebungen im Bereich der integrierten Versorgung diametral entgegenläuft. Fazit: Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt. Die Umsetzung würde im Effekt zu Rationierungen führen, die im krassen Gegensatz zu den WZW-Kriterien stehen, worunter dann auch Behandlungsqualität und Patientensicherheit leiden würden.
	Erstberatungsstelle Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten. Trotzdem funktionieren Gatekeeping-Modelle nur, wenn sie freiwillig gewählt werden können, weil dann kein Misstrauen besteht, dass der Leistungserbringer ein Rationierer ist. **Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich**: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen.

	Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann. **Chronisch kranke Personen werden benachteiligt:** Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen. **Definition von Beratungsstellen:** Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen). Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service public-Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

	Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern. Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung. Im Übrigen existieren bereits entsprechende Modelle im Rahmen von Alternativen Versicherungsmodellen (AVM). Der Bundesrat kann die Kostenbeteiligung der Versicherten in diesen Modellen bereits jetzt schon im Sinne von Anreizen durch Änderung der Kostenbeteiligung (Selbstbehalt) beeinflussen und hat dies beispielsweise bei den Generika schon getan. **Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion:** Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung. Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wird abgelehnt. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Es ist kein signifikanter Spareffekt erkennbar, im Gegenteil können bei bereits etablierten Behandlungssituationen sogar Mehrkosten entstehen. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen. Ein Instrument in dieser Form führt zu mehr Bürokratie und zur Einschränkung der Wahlfreiheit, sinnvolle und zweckmässige Zweitmeinungen werden unterdrückt.
	Stärkung der koordinierten Versorgung Die Stärkung der koordinierten Versorgung wird unterstützt. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden. Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.

	Fazit Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Das Kostendämpfungspaket II wird in der vorliegenden Form abgelehnt!

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»

	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen. Offensichtlich will der Bund bei der WZW-Auslegung eigentlich nur noch das Wirtschaftlichkeitsargument geprüft haben, um Einsparungen zu realisieren. So wird maximaler Kostendruck erzeugt, das Zweckmässigkeitskriterium jedoch definitiv marginalisiert und damit Art. 43 Abs. 4 und 6 KVG (Qualität und Tarifbemessungsgrundsätze) ausgehebelt. Das ist schlicht KVG-widrig!	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme** 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. **streichen**
	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen

					Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …
	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. **streichen**
	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

					Sätze 2-4 streichen.
	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] **streichen**
	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden.	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können.

				Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich: a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. **streichen**

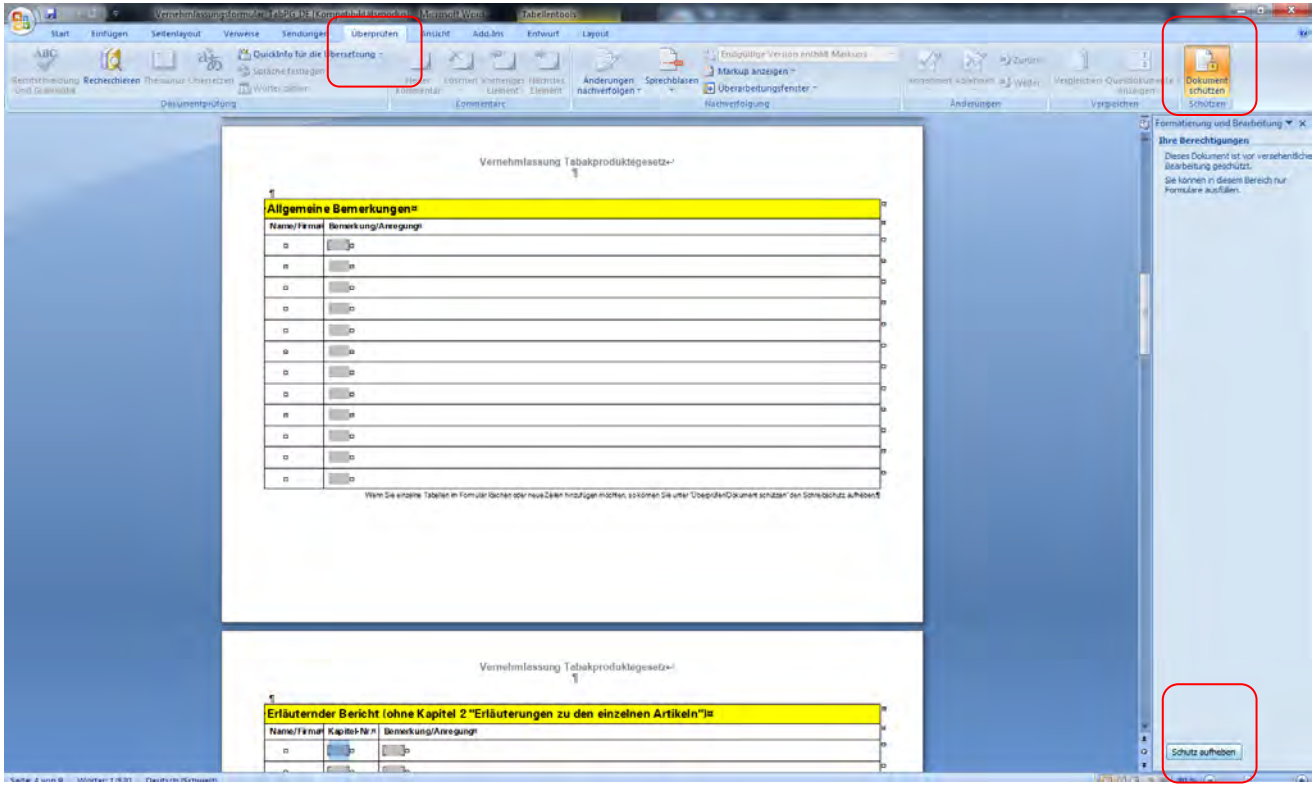
	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

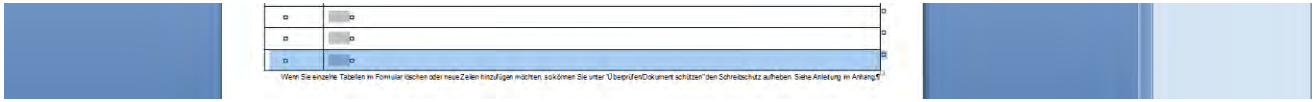
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

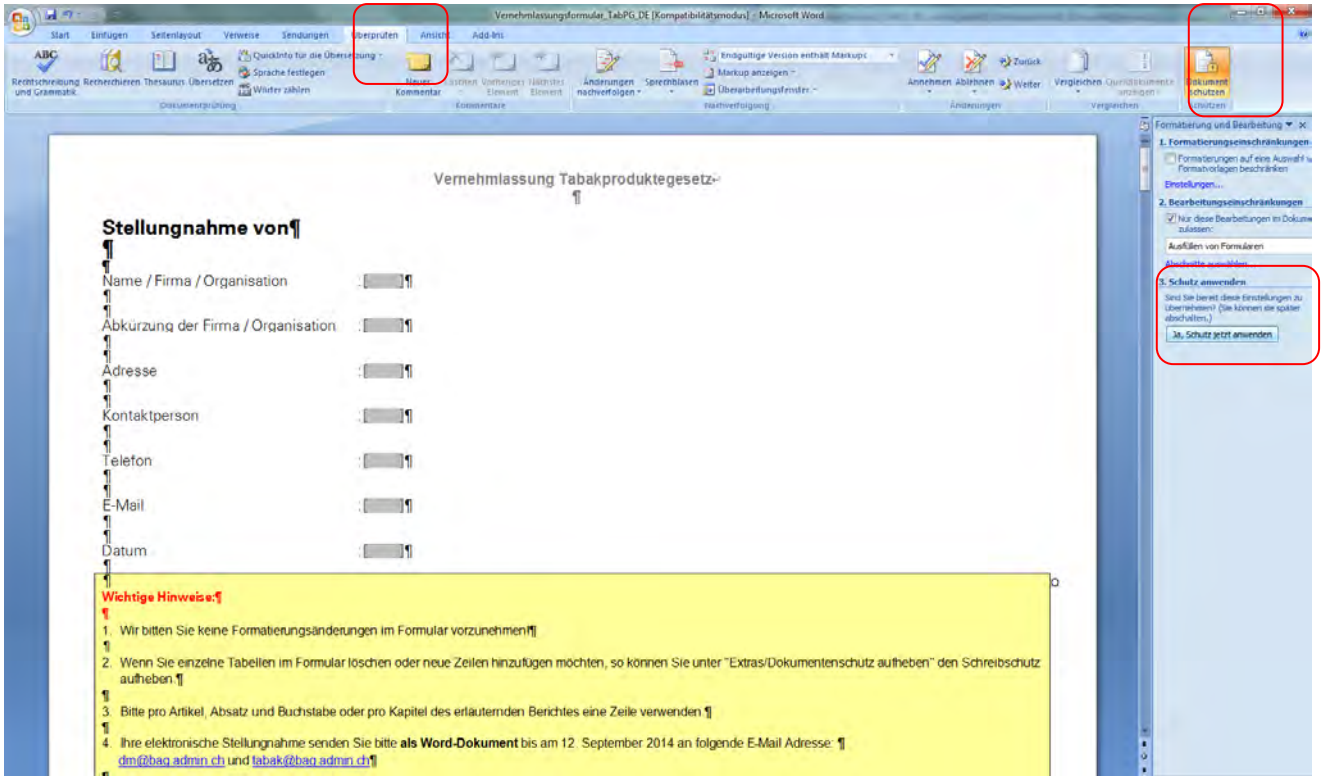


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren



Kantonsspital Baden AG
Geschäftsleitung
CH-5404 Baden

CEO
Adrian Schmitter

Telefon direkt
+41 (0)56 486 21 51

Telefon Sekretariat
+41 (0)56 486 21 52

Telefon Zentrale
+41 (0)56 486 21 11

E-Mail
adrian.schmitter@ksb.ch

www.ksb.ch

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Baden, 19.11.2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, in der Vernehmlassung zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (Massnahmenpaket II) Stellung nehmen zu können.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die KSB AG lehnt die Vorlage in der vorliegenden Form ab. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Aus Sicht der KSB AG ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten.

Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere:

- Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone.

- Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht.

- Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid-Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe.

- Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

Die KSB AG verschliesst sich der Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten nicht. Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten

- die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden,
- die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel),
- das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern muss geprüft und angepasst werden,
- die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden,
- der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft werden,
- die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert werden,
- die ambulante Versorgung gestärkt werden,
- die integrierte Versorgung gestärkt werden,
- und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen muss vorangetrieben werden.

Die KSB AG unterstützt eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung. Sie spricht sich aber dezidiert gegen die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aus. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird!

Die KSB AG lehnt die rein planwirtschaftliche und kostenbasierte Steuerung des Gesundheitswesens ab!

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen

2.1 Einführung von Kostenzielen

Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die

Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf?

In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet.

Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.

Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen.

Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein.
In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das, was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels.

Fazit: Die KSB AG lehnt die Einführung von Kostenzielen ab. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut, und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z. B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.

2.2 Erstberatungsstelle

Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten.

Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen.

Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z. B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearables-Funktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen, bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen.

Definition von Beratungsstellen: Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z. B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen).

Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassensystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z. B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen.

Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen

können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern.

Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung.

Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die KSB AG lehnt die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle ab. Bereits heute schränken 70 % der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.

2.3 Stärkung der koordinierten Versorgung

Die KSB AG unterstützt die Stärkung der koordinierten Versorgung. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden.

Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.

3. Fazit

Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Die KSB AG lehnt das Kostendämpfungspaket II in der vorliegenden Form ab!

Freundliche Grüsse

Adrian Schmitter
CEO

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kantonsspital Baden AG

Abkürzung der Firma / Organisation : KSB AG

Adresse : Im Ergel 1

Kontaktperson : Adrian Schmitter

Telefon : 062 486 21 51

E-Mail : adrian.schmitter@ksb.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **9**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: ____ **14**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
KSB AG	Die Vorlage wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Leider ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten. Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere: ➢ Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone. ➢ Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht. ➢ Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. ➢ Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

	Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten ➢ die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden, ➢ die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel), ➢ das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden, ➢ die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden, ➢ der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft, ➢ die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert, ➢ die ambulante Versorgung gestärkt, ➢ die integrierte Versorgung gestärkt ➢ und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden. Eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung wird unterstützt, die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aber dezidiert abgelehnt. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird! Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
KSB AG	**Einführung von Kostenzielen** Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

	Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet. Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.» Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen. Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein.

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

	In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Fazit: Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.
KSB AG	**Erstberatungsstelle** Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten. **Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich**: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen. Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

	Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen. **Definition von Beratungsstellen:** Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen). Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse. Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern. Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

	Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung. Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wird abgelehnt. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.
KSB AG	**Stärkung der koordinierten Versorgung** Die Stärkung der koordinierten Versorgung wird unterstützt. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden. Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.
KSB AG	**Fazit** Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Das Kostendämpfungspaket II wird in der vorliegenden Form abgelehnt!

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
KSB AG	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»
KSB AG	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme**

				Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
KSB AG	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …
KSB AG	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle**

				Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
KSB AG	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.
KSB AG	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung

				Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
KSB AG	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
KSB AG	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich: a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt.

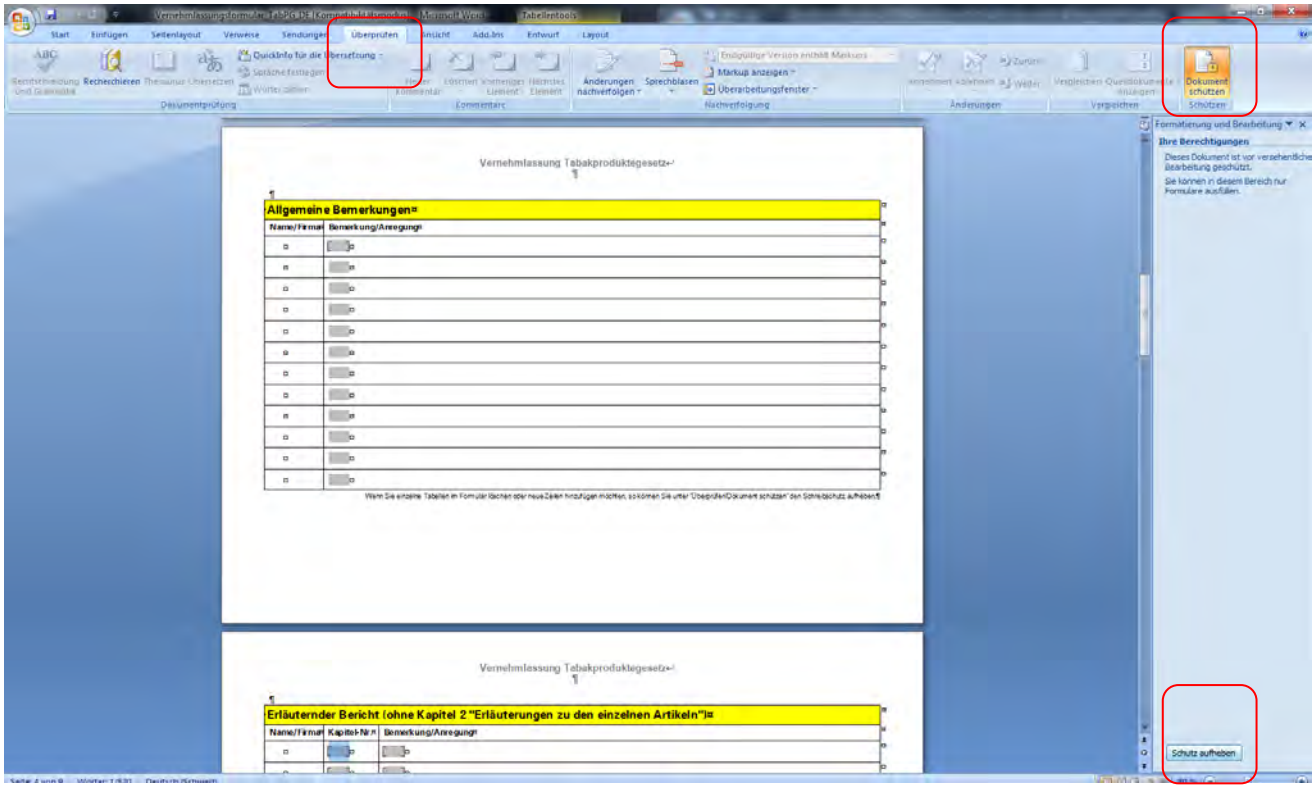
				Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen
KSB AG	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

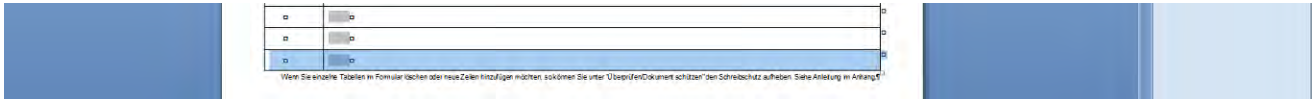
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

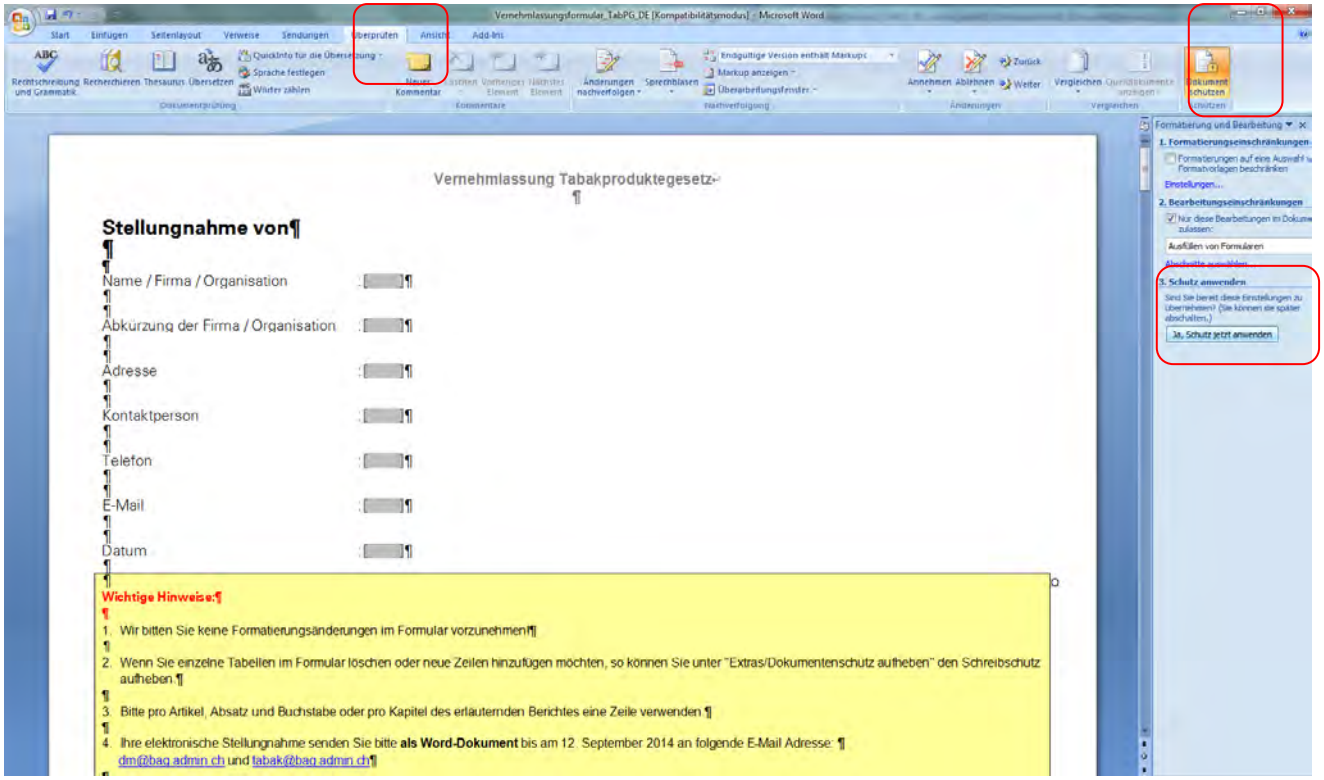


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden
Conférence des Associations Professionnelles Suisses des Logopédistes
Conferenza delle Associazioni Professionali Svizzere dei Logopedisti

Abkürzung der Firma / Organisation : K/SBL, C/APSL

Adresse : c/o DLV, Grubenstr. 12, 8045 Zürich

Kontaktperson : Edith Lüscher

Telefon : 044 350 24 84

E-Mail : leitung@logopaedie.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **6**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
K/SBL	Wir danken Ihnen, dass wir zum Kostendämpfungspaket II Stellung nehmen können. Die K/SBL vereinigt die sprachregionalen Berufsverbände DLV www.logopaedie.ch, ARLD www.arld.ch und ALOSI www.alosi.ch. Die K/SBL vertritt damit die Logopädinnen und Logopäden der gesamten Schweiz.
K/SBL	**Zu den Kostenzielen**: **Der Vorschlag, ein jährliches Kostenziel festzulegen und auf Kostenblöcke zu verteilen, dies kantonal umzusetzen und Massnahmen im Bereich der Tarife anzusetzen ist für uns inakzeptabel und wir lehnen ihn ausdrücklich ab**. Der einseitige Fokus auf Korrekturmassnahmen im Tarifbereich untergräbt Bemühungen zu einer Verbesserten koordinierten Zusammenarbeit und gefährdet am Ende die Patientensicherheit. Bei einer Verteilung (nach unklaren Regeln) der Gelder auf Kostenblöcke kommen kleine Leistungserbringer-Gruppen besonders unter Druck Es wird ein bürokratischer Koloss gebildet, welcher die Verbände der Leistungserbringer und die Krankenversicherer in eine Dauer-Verhandlungssituation zwingt, die insbesondere von kleineren Berufsverbänden nicht bewältigt werden kann und viel zu viele Ressourcen aller Beteiligter unnötig bindet. Korrekturmassnahmen sind ausschliesslich auf Ebene Tarifanpassungen vorgesehen und treffen einzelne Kostenblöcke und damit Leistungserbringergruppen. Ein Teil der Kosten entsteht aber gerade an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern; diese müssten u.a. durch Stärkung der koordinierten Zusammenarbeit reduziert werden und nicht durch rein finanzielle Zielvorgaben. Patientensicherheit und Qualitätssicherung sind zentrale Elemente des KVG und der Berufsethik der Gesundheitsberufe: Eine Steuerung und Korrekturmassnahmen rein auf der Tarifebene straft diesen Anspruch Lügen und gefährdet ebendiese. Wir verzichten auf Bemerkungen zu einzelnen Artikeln betreffend die Kostenziele.
K/SBL	**Zur Erstberatungsstelle**: Grundsätzlich begrüssen wir die Idee einer ersten Anlaufstelle für jede/n Versicherte/n. Nicht umsonst war der svbg 2008 beteiligt an der Entwicklung des Modells «Persönliche Gesundheitsstelle», die jetzt in Form der «Beratungs- und Koordinationsstelle» BKS vom Netzwerk Gutes Alter für Alle wieder in die Diskussion gebracht wurde. Eine obligatorische Erstberatungsstelle wie sie in der Vorlage definiert ist, mit einem isolierten Auftrag, eine erste Einschätzung und Weiter-Verordnung vorzunehmen, verfehlt jedoch aus unserer Sicht das Ziel: Es macht im Hinblick auf eine besser koordinierte Versorgung und aus Patientensicht wenig Sinn, eine Erstberatungsstelle ohne Koordinationsauftrag als Obligatorisch zu erklären - im Gegenteil wird damit die Fragmentierung der ambulanten Leistungserbringung weiter gestützt. Eine Erstberatung müsste gekoppelt sein mit einem Koordinationsauftrag – und könnte daher am besten von Netzwerken koordinierter

	Versorgung übernommen werden. Auch wird argumentiert, mit der Erstberatungsstelle solle die ambulante Grundversorgung gestärkt werden: dem Verfassungsartikel 117a wird jedoch zu wenig Rechnung getragen, laut dessen die medizinische Grundversorgung ein Zusammenspiel verschiedener Gesundheitsfachpersonen umfasst. De facto wird mit dem Vorschlag zementiert, dass ausschliesslich ÄrztInnen die ersten Ansprechpersonen sein können. Insbesondere in der Begleitung chronisch Erkrankter ist es nicht mehr zeitgemäss, ausschliesslich ärztliche Fachpersonen als Erstberatende Personen einzusetzen. Entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachpersonen können je nach Problematik hier die Funktion der ersten Anlaufstelle übernehmen (Advanced Practice Nurses, Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder auch entsprechen ausgebildete ErgotherapeutInnen, Ernährungsberaterinnen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen). Auch wählen de facto heute schon rund 70% der Versicherten das Hausarztmodell – Erstberatung und darauffolgende Koordination findet damit also schon statt. Problematisch ist hingegen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination aller Beteiligter nicht entschädigt wird. Auf dem Hintergrund dass wir die Erstberatungsstelle sehr kritisch einschätzen, verzichten wir im folgenden auf Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikel betreffend Erstberatungsstelle.
K/SBL	**Zu den Netzwerken koordinierter Versorgung**: grundsätzlich unterstützen wir eine Stärkung der koordinierten Versorgung sehr und finden es einen interessanten Vorschlag, dass koordinierte Netzwerke als Leistungserbringer anerkannt werden können. Es ist jedoch zu bedenken, dass grundsätzlich schon basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können – das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke. Insbesondere unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke auch explizit einen Koordinationsauftrag haben. Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend mit einbezogen werden.
K/SBL	**Zum fehlenden Präventionsgedanken:** Wir stehen hinter den Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention , welche erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential haben.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

	Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[2] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[3]
K/SBL	**Änderung anderer Erlasse: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung** Logopäd*innen gehören klar zu den Personen, die auf Anordnung einer Ärztin/eines Arztes Leistungen erbringen. Art. 14, Abs. 1a, 3. widerspricht dem Art. 14, Abs. 3! Der Abs. 3 muss also gestrichen werden. Es kann nicht sein, dass eine Berufsgruppe ungerechtfertigterweise ausgeschlossen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[2] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[3] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
K/SBL	36b			Wie oben schon ausgeführt ist zu bedenken, dass grundsätzlich schon basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können – das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke.	
K/SBL	36b	1	a	Grundsätzlich unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke Leistungen nach Artikeln 25 – 31 erbringen sollen, allerdings ist eine gewissen Flexibilität offen zu halten, weil es lokal/regional nicht für jedes Netzwerk Sinn macht, alle in Art. 25-31 erwähnten Leistungen gleichermassen zu erbringen	
K/SBL	36b	1	b	Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben, auch die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherzustellen. Allerdings ist hier auch klarzustellen, dass diese Leistungserbringer auch aus den Psychologieberufen oder dem sozialen Bereich kommen können – die Koordinationsleistungen auch mit diesen Fachpersonen sind ebenfalls zu entschädigen.	klarstellen, dass diese Leistungserbringer auch aus den Psychologieberufen oder dem sozialen Bereich kommen können
K/SBL	36b	2		Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend mit einbezogen werden.	Der Bundesrat legt *unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer* die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen
	36b	3	a	Es ist nicht zwingend, dass der Arzt/die Ärztin, der/die im Netzwerk eingebunden ist, auch zwingend die Leitung des	die Anforderungen an *die Fachperson* ~~den Arzt oder~~

K/SBL				Netzwerks bzw. des Koordinationszentrums übernimmt. Es müssen auch andere (kooperative, interprofessionelle) Modelle von Leadership in den Netzwerken umgesetzt werden können. Dass ein Arzt/eine Ärztin weiterhin weitere Leistungen verordnet, bleibt damit unangetastet.	~~die Ärztin, der oder~~ die das Netzwerk leitet;
K/SBL	36b	3	b	Zum Fachpersonal gehören selbstverständlich auch die Ärzte/Ärztinnen, die dem Netzwerk angehören	
K/SBL	36b	3	c	Hier ist sicherzustellen, dass bei der Definition der Leistungen, die ein Netzwerk zwingend erbringen muss, auf Kernelemente fokussiert wird, damit lokalen/regionalen und demografischen Gegebenheiten Rechnung getragen werden kann.	
K/SBL	48a			Eine pauschale Vergütung der gesamten Leistungen der Netzwerke lehnen wir ab. Diese kann unterschiedlichen Ausgestaltungen der Netzwerke aufgrund unterschiedlicher lokaler/regionaler oder demografischer Gegebenheiten nicht Rechnung tragen. Zwingend vertraglich zu regeln ist eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligter Berufsgruppen, nicht nur jener, die Teil des «primären Kreises» sind, sondern auch jener die zum «Kooperationskreis» gehören oder mit denen über diese Grenzen hinweg kooperiert wird.	
K/SBL	14	3		Art. 14, Abs. 1a, 3. widerspricht dem Art. 14, Abs. 3	Streichung von Art. 14, Abs. 3 ~~*Die Versicherung übernimmt keine Kosten für logopädische Massnahmen.*~~

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dermatologische Klinik:

Kantonsspital Luzern

Spitalstrasse. 6000 Luzern 16 :

Prof. Dr. med. Christoph Brand, Chefarzt

041 205 52 25 :

christoph.brand@luks.ch :

11.11.2020 :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen,

	welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen

	administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die	

				Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und	

				sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Luzerner Psychiatrie
Abkürzung der Firma / Organisation	lups
Adresse	Schafmattstrasse 1, 4915 St. Urban
Kontaktperson	Peter Schwegler, CEO/Direktor
Telefon	058 856 50 00
E-Mail	peter.schwegler@lups.ch
Datum	9. Dezember 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
lups	Die lups unterstützt grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziels vorgesehenen Massnahmen sind planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Die lups lehnt daher das Massnahmenpaket 2 ab. Sie spricht sich zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und steht für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
lups	**Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs** Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnt die lups insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliesst sich die lups der Stellungnahmen von SwissMentalHealthcare SMHC, VDPS und von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Die lups begründet ihre ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen schränken die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall ein. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, verfügen nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenz zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von potentiell psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und somit keine sachgerechte Triage vornehmen können. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Fachexpertise und Weiterbildung. - der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gerade bei chronifizierten Krankheiten und

	auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg über eine Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - Erstberatungsstellen für psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, direkt bei psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. In der Psychiatrie besteht - anders als in vielen anderen Fachgebieten - nachweislich eine starke Unterversorgung (u.a. wegen der Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten schweren und invalidisierenden psychischen Störungen (Psychosen) und somatoformen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert werden. Längerfristig führt dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führt, dass möglichst Patienten/-innen, die einen geringen Behandlungsaufwand aufweisen selektioniert werden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt wird. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Die Folge wären Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen mit entsprechenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die behandlungsnotwendigen sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien umgangen bzw. ausgehebelt würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würden die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil das aktuelle (TARMED) und geplante ambulante(TARDOC) Tarifsystem die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenzielen einem staatlichen gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen werden und zu einer Segregation zwischen leichten und komplexen schweren Krankheitsbildern führen. Personen mit schweren, chronischen und invalidisierenden psychischen Erkrankungen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei Nichteinhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten werden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
lups	40a	3		Die lups lehnt die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um den Bedenken der lups für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
lups	48	2		Die lups befürwortet die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Die lups geht davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				vorgesehen ist. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozialpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegenden, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/ innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Diese GWL stellen eine Abgeltung für die nicht nach KVG finanzierten Leistungen dar. Einerseits für die aufgrund der kantonal unterschiedlichen Taxpunktwerte, welche die vom KVG vorgesehenen Leistungen nicht ausfinanzieren (der bei Einführung des TARMEDS fixierte Taxpunktwert wurde bei 80 % des damals geltenden Zeittarifs festgelegt und bis heute nicht geändert). Andererseits decken die GWL die nicht von den zuständigen Stellen (Sozialämter etc.) wahrgenommenen Aufgaben in der Sozialpsychiatrie ab. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig ausgeprägt ist. Insbesondere ist die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen ein Hinderungsgrund.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können. Die lups erhofft sich von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Der Grund für die nicht mögliche Abbildung des Aufwands für komplexe psychische Störungen liegt im diesen Tarifsystemen zugrundeliegenden Prinzip des nicht nach Komplexität differenzierten, reinen Zeittarifs. Aus Versorgungssicht würde das zu Fehlbehandlungen ohne Kosteneinsparungen führen. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind (das ist der Grund, warum DRG-Fallpauschalen in der Psychiatrie sich nicht bewähren würden), schlägt die lups ein differenziertes Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen, welche die effektiven Kosten decken.	
lups	54			Die lups lehnt die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. univ. Kornelia Maierhofer, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Hutgasse 4, 4001 Basel

Kontaktperson : Dr. med. univ. Kornelia Maierhofer

Telefon : 077 538 6899

E-Mail : kornelia.maierhofer@hin.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
K. Maierhofer	Ich spreche mich (der FMPP anschliessend) entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
K. Maierhofer	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
K. Maierhofer	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
K. Maierhofer	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
K. Maierhofer	Ich wehre mich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
K. Maierhofer	21	2		Ich wehre mich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Ich bin der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

K. Maierhofer	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
K. Maierhofer	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
K. Maierhofer	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
K. Maierhofer	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
K. Maierhofer	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
K. Maierhofer	41a				Analog 40a-d anzupassen.
K. Maierhofer	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

K. Maierhofer	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
K. Maierhofer	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
K. Maierhofer	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name Firma / Organisation : Manfred Aebischer

Abkürzung der Firma / Organisation : derma-murtensee

Adresse : Raffort 2 3286 Muntelier

Kontaktperson : Manfred Aebischer

Telefon : 026 670 00 55

E-Mail : m.aebischer@bluewin.ch

Datum : 23.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : FMPP

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : pract. Med. Marie-Theres Gombert, Thiersteinerallee 61, 4053 Basel

Telefon : 079 173 55 33

E-Mail : praxis@gombert.ch

Datum : 07. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 14

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 16

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden.	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit	

				und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert.	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				- der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin	

				in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem	Analog 40a-d anzupassen.

				Verordnungsweg	
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je	Streichung von Art. 54a-e-

				Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen;	

				Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

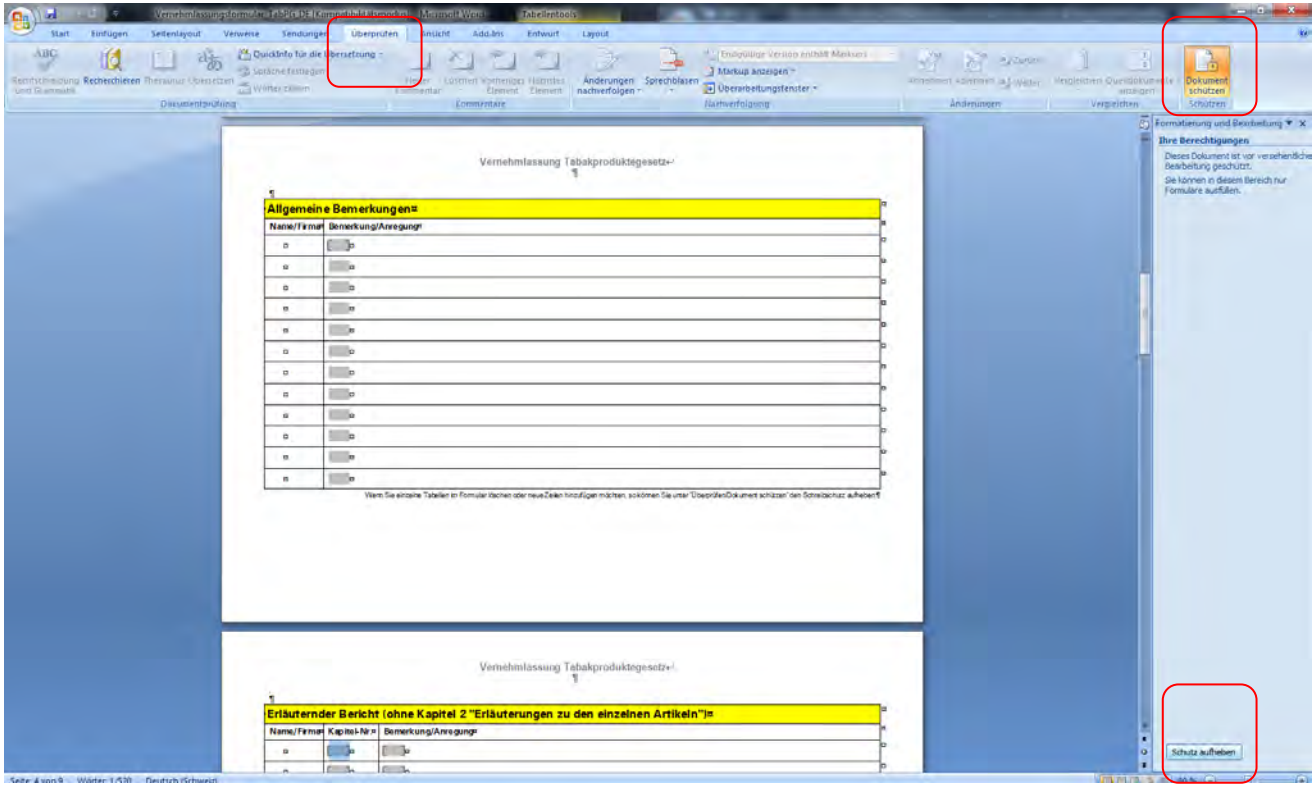
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

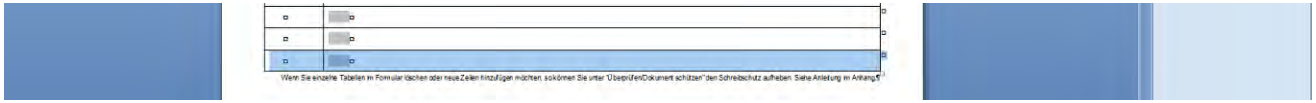
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



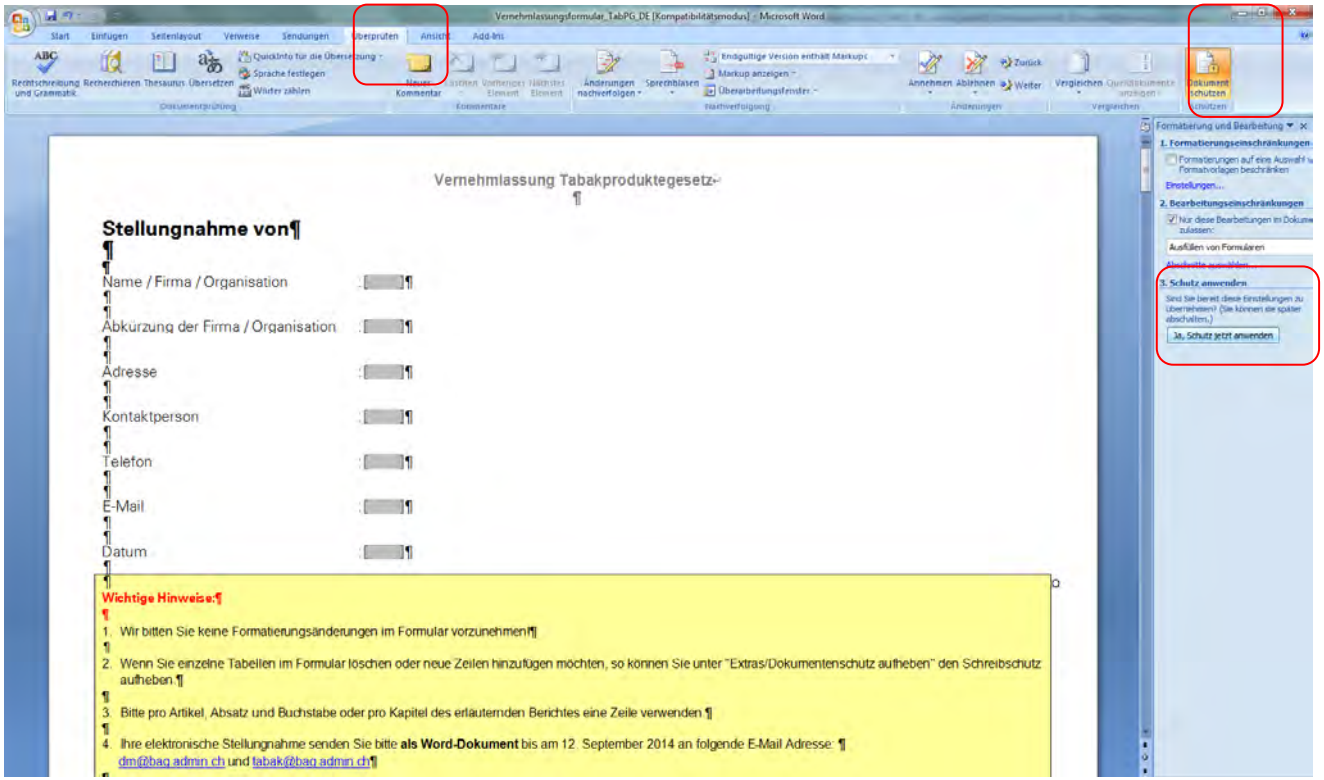
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Martin Eichhorn, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

Abkürzung der Firma / Organisation : MEi

Adresse : Praxis, Bärenfelserstrasse 40, 4057 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Martin Eichhorn

Telefon : 061 361 61 90

E-Mail : martin.eichhorn@hin.ch

Datum : 11. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
MEI	MEI spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
MEI	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
MEI	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
MEI	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
MEI	MEI wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
MEI	21	2		MEI wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. MEI ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

MEI	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
MEI	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
MEI	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
MEI	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
MEI	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
MEI	41a				Analog 40a-d anzupassen.
MEI	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

MEI	42	3ter		Es gibt immer noch Kollegen, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
MEI	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
MEI	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

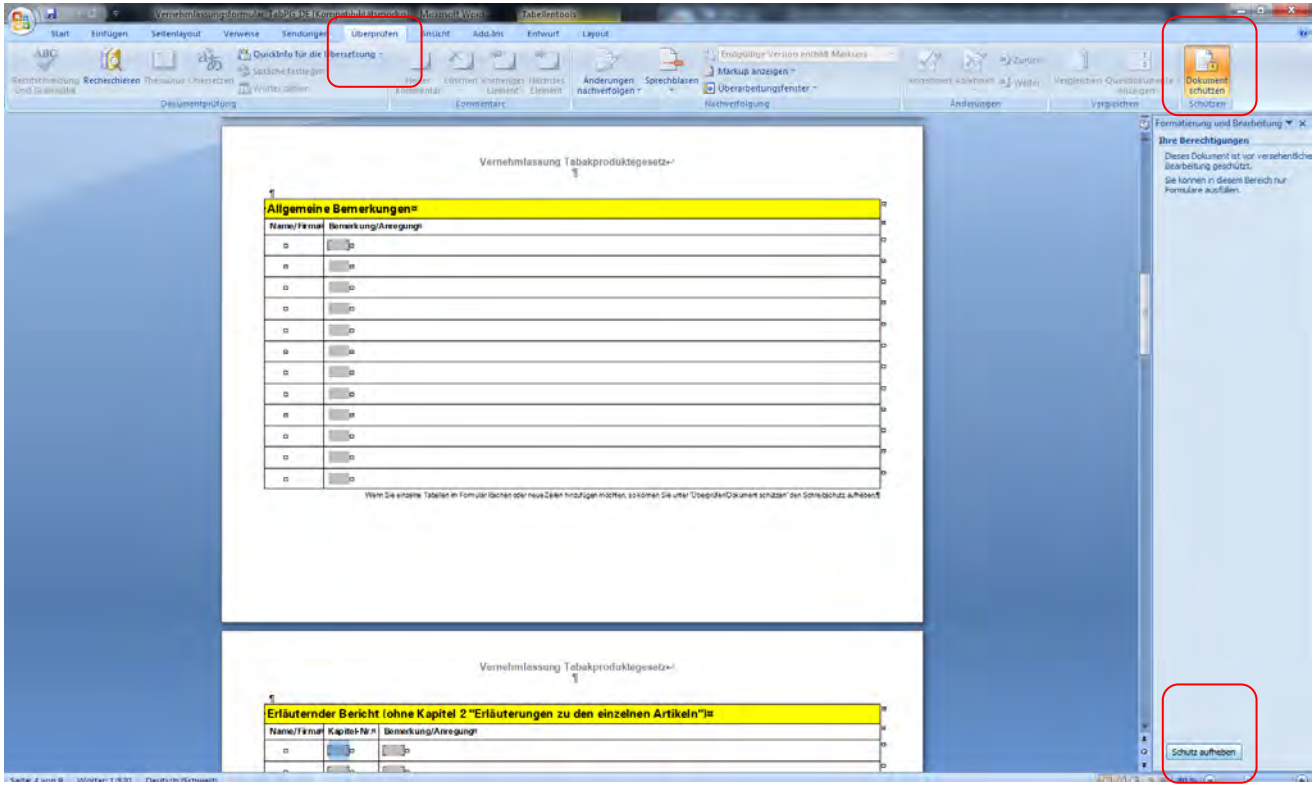
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

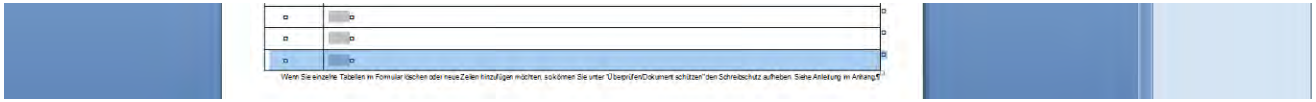
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



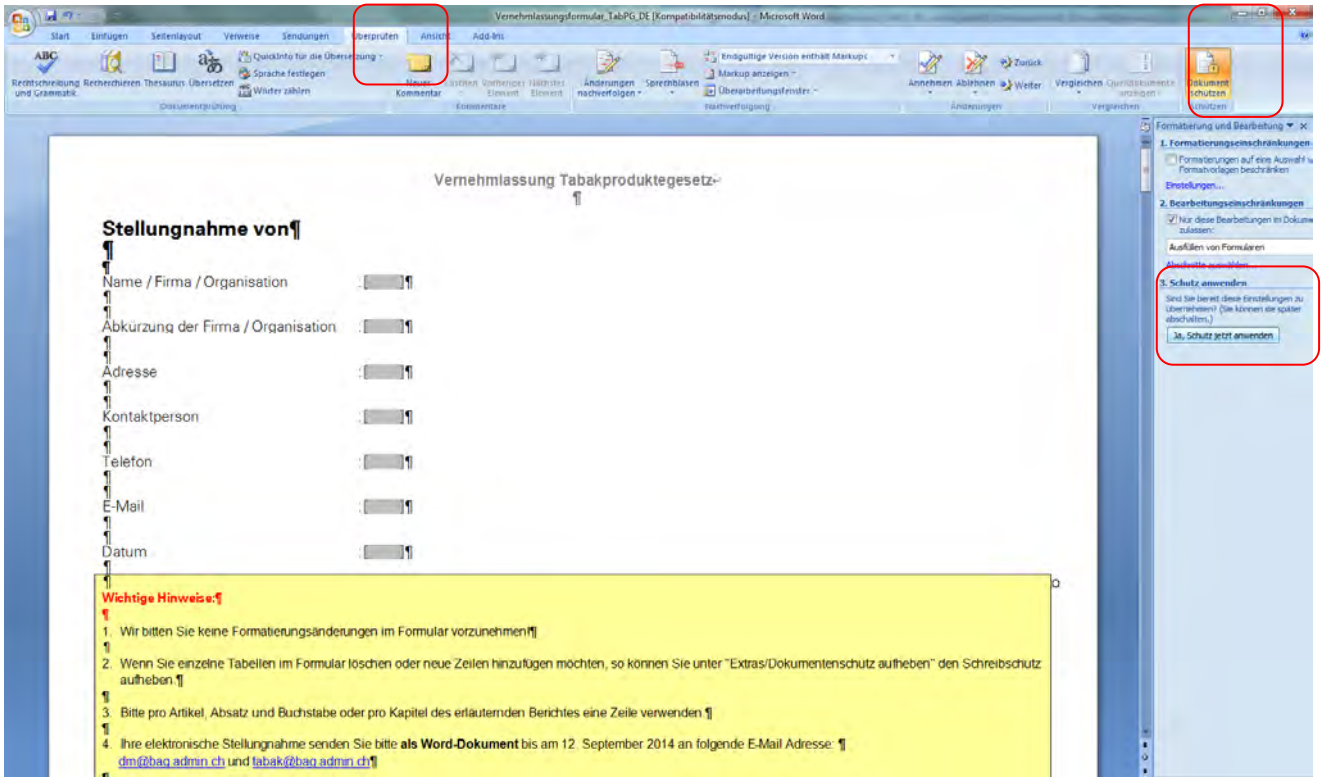
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Sehr geehrte Damen und Herren

Im Zusammenhang mit den erwähnten Massnahmen möchte ich als **erfahrener Hausarzt** (28 Jahre in dieser Funktion) (also einer der von Ihnen als Erstberatungsstelle/Gatekeeper anvisierten Personen) Ihnen folgenden Hinweis geben:

Die Idee des Gatekeepings im Gesundheitswesen ist überholt, Ihre Studien wahrscheinlich älteren Datums, oder aber sonst "biased", verzerrt. Die **heutige** Erfahrung auf dem Terrain ist:

Die Leute "holen sich schnell bei uns Hausärzten ihre Ueberweisung zum Spezialisten", womöglich sogar noch "schnell" telefonisch statt persönlich. Man muss froh sein, wenn sie einem wenigstens sagen für welches Leiden sie die Ueberweisung wollen. Dies gilt für Managed-Care-Versicherte. Von den anderen höre ich bei Wunsch nach Spezialist selbstreden meist nichts. *)

Kein Hausarzt in einer städtischen Umgebung, der Patienten haben will, kann ablehnen - bzw. er kann schon, wird aber bald keine Patienten mehr haben.

So wurden die Leute in den letzten 20 Jahren "erzogen"; sie werden sich nicht mehr auf eine Beurteilung oder Behandlung durch den Hausarzt einlassen. Noch in den 00-er Jahren war es anders: da fragten die Patienten "scheu" ob die Info die sie im Internet fanden wohl stimme, und waren zumeist offen oder sogar dankbar für eine andere Beurteilung. Heutzutage wissen sie, **mindestens hier im städtischen Umfeld**, schon genau was sie brauchen und sind kaum beeinflussbar.
(auch 20 Minuten Erklärung bringen es nicht hin - der Schlusssatz der Patientin ist typischerweise "danke für Ihre gute Erklärung, und kann ich jetzt die Ueberweisung haben?")

Sicher 3/4 meiner Ueberweisungen an Spezialärzte erachte ich als überflüssig, aber niemand wird die Leute dazu bringen das zu anerkennen , **es sei denn mit sowjetischen Methoden**, aber das wollen wir ja auch nicht.

Ohne eine signifikante Kosten-Mitverantwortung des Patienten für die verursachten Kosten wird auch ein obligatorisches Gate-keeping-Modell keine Verbesserung bringen. Kann lediglich dazu beitragen, dass die Bevölkerung glaubt "man mache jetzt endlich etwas" gegen die stetig steigenden Kosten. Aber bitte natürlich nur bei den anderen, nicht "bei mir selbst".

Beste Grüsse

MG

*) wahrscheinlich handelt es sich bei den Managed-Care-Versicherten um einen Auslese von Patienten: diejenigen die eher keinen Arzt brauchen - weil diejenigen die einen Arzt brauchen werden werden die teurere Versicherungsvariante wählen. - Damit dürfte sich die Kostendifferenz der beiden Kollektive erklären.

Dr. med.
Martin Gallmann
Allgemeine Innere Medizin FMH
Hausarzt
Neuhausstrasse 15
8600 Dübendorf

Tel. 044 820 13 10
Fax 044 820 21 33

e-Mail Sekretariat: hausarzt-neuhaus@hin.ch

Never trust an information in the internet. (Abraham Lincoln, 1809 - 65, former president and hero of the United States)
Der vernünftige Mensch passt sich der Umwelt an. Der unvernünftige versucht hartnäckig, die Welt an sich anzupassen. Daher hängt aller Fortschritt vom unvernünftigen Menschen ab. George Bernard Shaw.
Common sense consists of those layers of prejudice that were laid down in the mind before the age of 18. Albert Einstein.
geschrieben auf meinem Desktop auf meinem Desk und verschickt via aphxszdcm4; please excuse any minor typing errors.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Maya Spillmann

Abkürzung der Firma / Organisation : eigene Praxis

Adresse : Olgastr. 6

Kontaktperson : Maya Spillmann

Telefon : 0432436431

E-Mail : mspillmann@hin.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen7

Weitere Vorschläge11

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die Kostendämpfungsmassnahmen bringen für die Bevölkerung einen grossen, unfreiwilligen Nutzenverlust und Qualitätsverlust vor allem in der ambulanten Gesundheitsversorgung mit sich, genau dort, wo die Bevölkerung den grössten Nutzen sieht. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie die Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).

	Ich halte fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. **Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.** Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und

	Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Ich bitte Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanke mich für den gebührenden Einbezug der Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Maya Spillmann	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Maya Spillmann	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Maya Spillmann	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Maya Spillmann	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Maya Spillmann	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Maya Spillmann	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Maya Spillmann	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Maya Spillmann	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Maya Spillmann	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Maya Spillmann	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Maya Spillmann	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Maya Spillmann	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Maya Spillmann	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die	

				Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Maya Spillmann	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Maya Spillmann	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Maya Spillmann	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	

Maya Spillmann	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Maya Spillmann	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler: Verweis nicht gefunden			

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Dr Magali Dumont / Evolys SA

Abréviation de la société / de l'organisation :

Adresse : Rue du Centre 8, 1752 Villars-sur-Glâne

Personne de référence : Dr Magali Dumont

Téléphone : 026 408.95.03

Courriel : m.dumont@evolys.ch

Date : 12.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **7**

Autres propositions ____ **12**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **13**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
SSDV	La Société suisse de dermatologie et de vénérologie (SGDV) est l'association des dermatologues de Suisse. Elle représente les intérêts d'environ XX spécialistes de la politique et du public et s'exprime en conséquence dans les procédures de consultation et les efforts de réglementation en cours. En tant qu'association professionnelle de médecins fortement engagés dans la prévention du cancer et donc dans les soins de santé primaires, nous contribuons chaque jour de manière consciente à la maîtrise des coûts : La détection précoce permet d'économiser des traitements anticancéreux coûteux. En outre, le SGDV a développé et publié ses propres propositions dans le cadre de la "médecine intelligente", dans laquelle les traitements (superflus) peuvent permettre de réduire les coûts et d'améliorer les traitements. Cependant, nous rejetons clairement les deux préoccupations principales du projet de loi, à savoir la restriction du libre choix du médecin par le gouvernement et l'installation d'un plafond de coûts par le gouvernement, combinée à une réglementation très rigide et à l'acquisition par le Conseil fédéral d'un grand nombre de compétences. Nous sommes heureux de vous renvoyer à nos déclarations de position détaillées à cet égard : https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Merci de tenir compte de nos commentaires et demandes dans l'évaluation du processus de consultation et de les prendre dûment en considération lors de la rédaction de tout message au Parlement. Tout d'abord, quelques commentaires de base sur le paquet de réduction des coûts II. - Ne pas faire peser une charge supplémentaire sur les contribuables Avec le paquet de maîtrise des coûts II, le Conseil fédéral vise des objectifs et un budget global. Nous rejetons donc le projet de loi. Il est inacceptable d'abolir le libre choix des médecins sur la base de la LAMal ; en même temps, l'exigence d'un budget global ou d'un budget global équivaut à une nationalisation (ou à la création d'offices administratifs correspondants), ce qui entraînerait de nombreuses mesures indésirables qui seraient inimaginables dans un système de santé libre. - La concurrence régulée est une bonne base Pour formuler ses recommandations, la Confédération s'appuie sur un groupe d'experts qui ont comparé les conditions internationales et en ont

	déduit des mesures pour la Suisse. Cependant, les systèmes de santé des pays étudiés diffèrent grandement de ceux des pays fédéralistes. En Allemagne, par exemple, une société à deux vitesses (SHI et patients privés) prévaut également dans la médecine ambulatoire. La proposition montre également combien il serait complexe de mettre en œuvre les objectifs, y compris un objectif de coût national, de manière adéquate dans les cantons et les régions sans ajuster constamment les responsabilités au niveau des États. Les mesures présentées dans la proposition semblent incomplètes et donnent l'impression que la Suisse tente de s'imposer un système qui, faute d'alternatives appropriées, a été copié comme un pur modèle de réduction des coûts dans d'autres pays (tels que le Royaume-Uni, la Suède, la Belgique et les Pays-Bas). Et ce, malgré le fait que les réductions de coûts ne sont pas toujours réalisées dans les pays comparés à la Suisse - avec une qualité inférieure et une sécurité des patients moindre par rapport à la Suisse (Healthcare Access and Quality Index basé sur la mortalité due à des causes se prêtant aux soins de santé personnels dans 195 pays et territoires, 1990-2015 : une analyse inédite de l'étude Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Nous concluons : en principe, la concurrence régulée dans le système de santé suisse offre un cadre juridique approprié dans lequel les prestataires de services et les assureurs fournissent les soins nécessaires aux patients. La spécification des soins budgétisés ne correspond pas au niveau élevé des soins dispensés dans toute la Suisse, ni à notre principe selon lequel tous les assurés ont un bon accès et, dans la mesure du possible, sans restriction, aux traitements nécessaires. - Pas de nationalisation Les deux principales mesures (1 + 2) de conseil initial et de plafonnement des coûts à la base de l'ensemble du projet de loi représentent une nationalisation partielle du système de santé suisse, qui aggraverait massivement le haut niveau d'accessibilité aux soins de santé. Le SGDV rejette la restriction du libre choix des médecins ; c'est précisément ce qui favorise la concurrence et garantit la qualité. En outre, la liberté de choix des patients et donc de tous les assurés en Suisse est centrale. Les patients le soulignent à plusieurs reprises dans les sondages. En 2012, une restriction du libre choix du médecin (managed care) a également été clairement rejetée par l'électorat avec 76,0% des voix contre. Le seul fait qu'environ 70 % de la population suisse choisissent déjà aujourd'hui volontairement un modèle d'assurance correspondant montre qu'une telle contrainte n'est pas nécessaire. Néanmoins, il n'a pas été clairement prouvé qu'un choix restreint de médecin entraîne réellement des économies. Selon une enquête de l'Office fédéral de la santé publique, dans laquelle les assurés sont répartis en 3 groupes d'âge (enfants, jeunes adultes et adultes âgés de plus de 25 ans), ces économies devraient atteindre en moyenne 14 %. À notre avis, les économies de coûts ne peuvent être clairement estimées à partir de ces seuls chiffres. On peut supposer que les adultes jeunes et en bonne santé sont plus susceptibles de choisir des modèles d'assurance moins chers avec un choix limité de médecin, tandis que les personnes âgées ou malades ont tendance à choisir librement leur médecin. Cela expliquerait naturellement les coûts moins élevés des anciens modèles d'assurance. D'un point de vue dermatologique, nous considérons également que les premières évaluations spécialisées sont plus rentables. Les raisons en sont les suivantes : Pas/moins de délai jusqu'au diagnostic correct et pas/moins de consultations multiples ; plus grande confiance du patient dans les

	compétences diagnostiques d'un spécialiste et donc meilleure observance thérapeutique ; perte économique due aux absences du lieu de travail lors de consultations multiples non négligeable. Il convient également de mentionner la crainte que la perte du libre choix du médecin puisse être compensée par des assurances privées plus coûteuses, ce qui entraînerait clairement une médecine à deux vitesses. - Les mesures doivent promouvoir la qualité Il est essentiel de ne pas prévoir de mesures de réduction des coûts qui n'auraient pas simultanément un effet systémique sur la qualité. Cependant, ce principe est gravement méconnu par la seule mesure 1 + 2 : Le plafonnement des coûts et le budget global entraîneraient une forte réduction de la qualité. Une qualité moindre, en revanche, entraîne des coûts supplémentaires - au lieu de diminuer. Cet investissement fondamentalement erroné dans le cadre d'un programme de maîtrise des coûts n'est pas acceptable. Au lieu de mettre en place un nouvel appareil administratif de contrôle, la première chose à faire est de travailler à l'amélioration des structures du système de santé et d'introduire et de mettre en œuvre un financement uniforme de manière cohérente. Cela montrera qu'une grande partie du potentiel d'efficacité qui existe déjà peut être exploitée - sans réglementation nationale supplémentaire. La disponibilité croissante des réseaux de soins montre que dans le système de santé existant, les prestataires de services ont depuis longtemps commencé à lier la qualité des soins à la rentabilité. Ces efforts doivent toutefois être fondés sur une base volontaire, faute de quoi le droit d'exercer librement la profession est menacé. Dans ce contexte, il convient de mentionner que, d'un point de vue dermatologique, la promotion des forfaits n'a de sens que pour certaines activités interventionnelles et non pour les activités purement intellectuelles ("heures de consultation classiques"), sinon il y a le danger d'un rationnement des services. - La maîtrise des coûts est assurée Les développements actuels montrent que l'évolution des coûts peut être réalisée sans réglementation supplémentaire : En 2017, par exemple, la croissance des coûts était de 2,6 % - et est donc même inférieure aux objectifs fixés dans le projet de loi. Les chiffres prévus pour 2020 montrent également que - bien que nous n'ayons pas encore mis en œuvre un financement uniforme ou d'autres mesures structurelles plus ambitieuses - la maîtrise des coûts est en cours. - Confusion des compétences La proposition ne répond nullement de manière satisfaisante à la question des différentes compétences existant effectivement dans le secteur de la santé. On ne sait pas encore très bien qui aura quelle compétence en fin de compte - d'autant plus que la proposition créerait de nouvelles compétences. Il n'est pas approprié de vouloir clarifier des questions aussi fondamentales, y compris celles de la politique de l'État, uniquement dans un règlement.

	- Les estimations vagues ne sont pas bonnes Curieusement, la proposition reste très vague quant aux économies à réaliser ou au potentiel d'économies. L'indication de chiffres estimatifs, largement infondés, ne peut servir de base au changement de système demandé. La règle de base est que quiconque veut réduire les coûts doit d'abord réduire les charges administratives existantes. Au lieu de cela, cette proposition créerait de nombreuses nouvelles charges administratives - coûteuses -. On peut supposer que les coûts administratifs et de personnel supplémentaires prévus, qui ne sont mentionnés qu'en passant dans la proposition, ne justifieraient pas un changement de système aussi massif, étant donné les économies potentielles de plusieurs millions de francs ou éventuellement d'un milliard de francs (voir rapport p. 86) après déduction des coûts administratifs et de personnel supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre. - Les fausses incitations demeurent D'autres incitations systémiques actuelles mal orientées pour les prestataires de services et les patients, telles que les primes basées sur le volume dans les hôpitaux, ne sont pas éliminées par la proposition. Cela est démontré par l'idée fausse de la proposition, qui utilise un principe descendant pour fixer des objectifs gouvernementaux rigides au lieu d'incitations ascendantes pour permettre aux acteurs du système de soins de santé d'agir de manière à améliorer la qualité et à réduire les coûts. Nous vous demandons d'inclure les remarques détaillées sur les différents articles dans votre processus de décision et vous remercions de la prise en compte de nos arguments et demandes.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
SSDV	21			"Le Conseil fédéral peut stipuler que les données doivent également être transmises par personne assurée, pour autant que les données agrégées ne soient pas suffisantes pour l'accomplissement des tâches suivantes et que les données par personne assurée ne puissent être obtenues autrement" : Cette demande doit être strictement rejetée pour des raisons de droit de la protection des données	
SSDV	32	3		Les critères de la WZW s'appliquent déjà. Nous refusons d'introduire un mécanisme de révision des critères WZW, qui devrait (seulement) justifier de nouvelles réductions de coûts supplémentaires.	
SSDV	33	3bis			
SSDV	36b	3	b	"Le Conseil fédéral peut également édicter des directives sur la composition interprofessionnelle du personnel spécialisé employé par le centre de coordination" : Il s'agit d'une intervention massive dans l'organisation des pratiques médicales et des réseaux de coordination. Les cabinets médicaux et les réseaux de coordination doivent être libres dans leur organisation et leur structure.	
SSDV	36b	3	e		
SSDV	40a	1			

SSDV	40a	3	c	Il n'est pas clair comment les réseaux fonctionneront en tant que centres de conseil initial et si, par exemple, les médecins spécialistes d'un réseau peuvent également être contactés en tant que premier point de contact. Dans le cas contraire, cela mettrait les spécialistes dans une situation bien pire que celle des médecins généralistes et favoriserait, voire cimenterait, un déséquilibre entre les différentes spécialités médicales. Ceci, d'autant plus que les dermatologues sont également d'importants prestataires de soins de base.	
SSDV	40a	4/5		Il n'est pas clair dans quelle mesure et selon quels critères les centres de premiers secours peuvent être refusés par un canton, ni pour quels motifs. En principe, cette mesure gonfle la bureaucratie.	
SSDV	40a	6		Il n'est pas clair si et sur la base de quels critères les patients peuvent être refusés par les centres de premiers secours. Si un refus est possible, cela entraînerait une sélection des patients et doit être rejeté.	
SSDV	40a	7	a	La possibilité de changer doit être donnée à tout moment. On ne sait pas très bien quels critères peuvent être appliqués pour changer le centre de conseil initial. On peut également se demander si la définition de ces critères relève de la compétence du Conseil fédéral.	
SSDV	40c	1/2			
SSDV	40c	3		On ne sait pas très bien quelle est l'expérience supposée. Il s'agit d'un paramètre important pour le calcul des coûts futurs ; il est négligent de promouvoir la réglementation sans indiquer un chiffre ou une fourchette à cet égard	

SSDV	40c	4		Il n'appartient pas au Conseil fédéral de définir un catalogue de prestations indépendant. Cette mesure est en contradiction avec tout principe de "rémunération du travail" ou de "rémunération en fonction des performances".	
SSDV	41 42				
SSDV	48a				
SSDV	54				
SSDV	54	d		La crainte de "mesures à prendre en cas de dépassement des objectifs de coût" ou l'attitude d'évitement qui en résulte conduit clairement à une qualité de traitement moindre et donc à un rationnement des services	
SSDV	54	e			

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

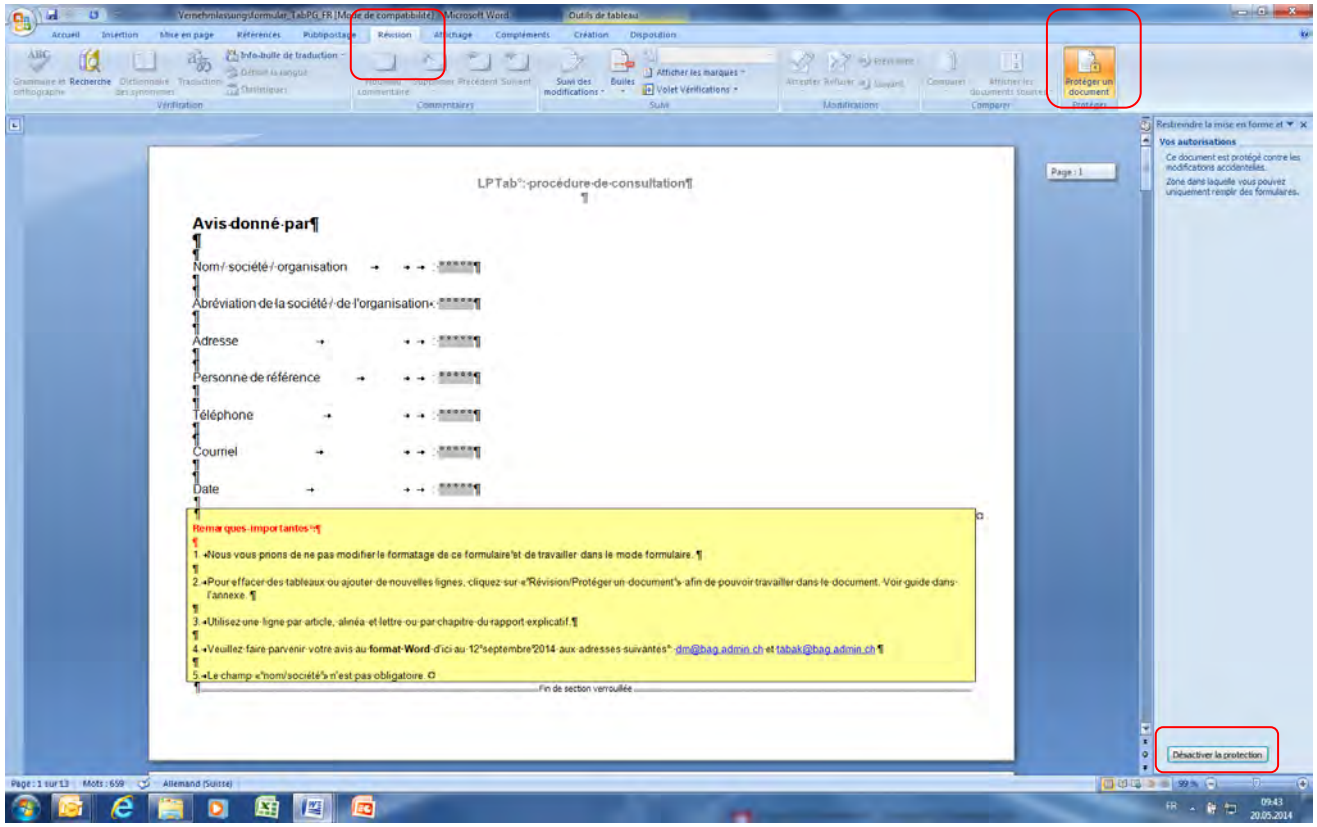
Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

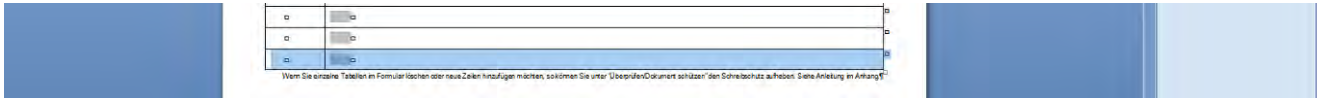
1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

1 Désactiver la protection du document

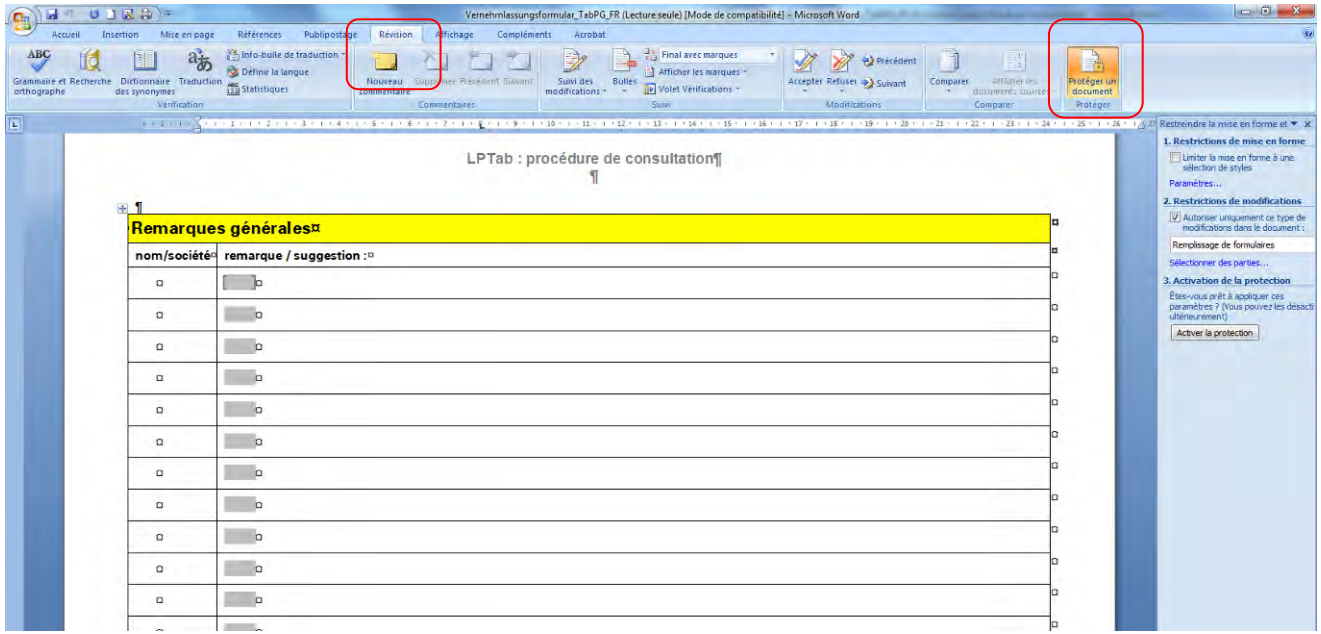


2 Insérer de nouvelles lignes

Sélectionner une ligne entière incluant les champs marqués en gris (la ligne sélectionnée devient bleu)
Presser Control-C pour copier
Presser Control-V pour insérer



3 Réactiver la protection du document



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Mediplaza AG
Haut.Venen.Allergie.Zentrum Brunnehof

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Oberlandsrasse 100, 8610 Uster

Kontaktperson : Dr. med. Tobias Plaza

Telefon : 044 940 49 49

E-Mail : t.plaza@hin.ch

Datum : 25.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **4**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **8**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Mediplaza AG	Das Haut.Venen.Allergie. Zentrum Brunnehof der Mediplaza AG ist ist eine ambulante ärztliche Institution mit 40 Mitarbeitern, davon 7 Fachärzte und zwei Assistenzärzte für Dermatologie und Venerologie, zwei Phlebochirurgen, eine Fachärztin für Radiologie, die ein integriertes Ultraschallinstitut betreibt sowie ein Handchirurg, zwei Podologinnen, ein Psychologe, zwei Kosmetikerinnen und einer TCM-Therapeutin. Bei etwa 20‘000 Konsultationen und circa 2'500 ambulanten Operationen pro Jahr werden Patienten mit dem gesamten Spektrum dermatologischer, allergologischer und phlebologischer Erkrankungen behandelt und regelmässig lasermedizinische und ästhetische Therapien durchgeführt. Das Haut.Venen.Allergie. Zentrum Brunnehof ist massgeblich an der Dermatologischen Grundversorgung der Bevölkerung im Zürcher Oberland beteiligt. Als ambulante Institution des gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Fachgebiets der Dermatologie tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ambulante Behandlungen in unserem Zentrum sparen teure stationäre Eingriffe. Wir lehnen hingegen die Vorlage mit ihren beiden Kernanliegen klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft

	(Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die Mediplaza AG lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die Mediplaza AG erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen.

	Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Mediplaza AG	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Mediplaza AG	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Mediplaza AG	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Mediplaza AG	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Mediplaza ag	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Mediplaza ag	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die Mediplaza AG kategorisch ab.	
Mediplaza AG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Mediplaza AG	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Mediplaza AG	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Mediplaza AG	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Mediplaza AG	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Mediplaza AG	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Mediplaza AG	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Mediplaza AG	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die Mediplaza AG lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Mediplaza AG	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Mediplaza AG	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Mediplaza AG	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Mediplaza AG	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verein mediX schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : mediX

Adresse : Sumatrastrasse 10 8006 Zürich

Kontaktperson : Felix Huber

Telefon :079 207 84 46

E-Mail : felix.huber@medix.ch

Datum : 30.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
mediX	Wir danken für die Gelegenheit die vorgesehenen Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes kommentieren zu dürfen. mediX kommentiert vor allem die Artikel zu Erstberatungsstelle und Netzwerke zur koordinierten Versorgung und lehnt das Massnahmenpaket 2 integral ab Die hausärztlich koordinierte Medizin in Ärztenetzwerken zeigt seit 20 Jahren die besten Kosteneinsparungen bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität. Dieser Erfolg beruht auf einer dreifachen Freiwilligkeit: 1. Die Versicherten sind frei in ihrer Wahl, ob und von welchem Hausarzt sie die Behandlung koordinieren lassen wollen. 2. Die Versicherer sind frei, welche Verträge sie mit welchen Ärztenetzen aushandeln wollen. 3. Die Ärzte entscheiden frei, ob sie sich einem Netzwerk anschliessen wollen, und welche Verträge ihr Ärztenetz mit welchen Versicherungen aushandeln sollen. Der Erfolg basiert auf einer Kultur der Qualitätstransparenz und der Kostenmitverantwortung. Damit werden die Mittel richtig und sorgfältig eingesetzt. 1.1.1 Vorschrift zerstört die guten Modelle Jetzt will Bundesrat Alain Berset diese ausgezeichneten Modelle vorschreiben und wird sie damit zerstören. Sie funktionieren nur, wenn die Versicherten sich freiwillig für eine koordinierende Behandlung entscheiden, weil sie für sich darin Vorteile sehen. 70% der Bevölkerung sehen diese Vorteile und zahlen deshalb tiefere Prämien. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung entmündigt die 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen. Eine Kultur kann nicht aufgezwungen werden. Sie muss laufend erarbeitet werden und auf Akzeptanz stossen. Sonst kommt es zu enttäuschenden Leerläufen und zur Nivellierung der Modelle auf einem tiefen Niveau. Entscheidend an den heutigen Modellen ist, dass Patienten welche medizinisch-qualifizierte Beratungen annehmen und damit den Ressourcen im System Sorge tragen, einen Prämienrabatt erhalten. Entscheidend ist, dass die Ärzte in solchen Modellen über Fortbildungen und mannigfaltige Qualitätsprojekte ihre Versorgungsstruktur gezielt verbessern. 1.1.2 Erfolgreiche Modelle werden es schwer haben, ihre Vorteile zu kommunizieren Die heute erfolgreichen Hausarztmodelle werden es schwer haben, ihr differenziertes und hoch entwickeltes Angebot den Versicherten verständlich zu machen. Patienten die sich bislang an ein Hausarztmodell gehalten haben würden für diese Bereitschaft bestraft, diejenigen Patienten welche bereits heute bereit sind mehr zu zahlen für eine freie Arztwahl,

	müssten gegen ihren Willen koordiniert werden. Eine jahrzehntelange Aufbauarbeit würde zerstört. Der Vorschlag des Bundesrates schwächt die alternativen Versicherungsmodelle. Die Politik des Bundes und der Kantone sollte deshalb die grundsätzliche Freiwilligkeit respektieren und diese Modelle nicht mit staatlichen Eingriffen und neuen diffusen Vergütungsansätzen konkurrieren. Nur so ist es möglich eine hohe Motivation von Patienten und Ärzten für solche Modelle und eine stete Qualitätsentwicklung aufrechtzuerhalten. 1.1.3 Globalbudgets führen zu endlosen Verfahren Der zweite Teil der Vorlage mit den Globalbudgets wird zu endlosen administrativen Verfahren führen und ihr Ziel der Kosteneinsparung ebenfalls ins Gegenteil verdrehen. Die Vorlage führt insgesamt zu nutzlosen Zwängen und ist als ganze Übung abzulehnen. .
mediX	**Erstberatungsstelle** Aktuell können Patienten selbst wählen, ob sie sich von ihrem Hausarzt, ihrer HMO-Praxis oder via Telemedizin beraten lassen, bevor sie einen Spezialisten konsultieren und mit diesem Vorgehen Prämien sparen. Diese alternativen Versicherungsmodelle (AVM) erfreuen sich grosser Beliebtheit: 70 Prozent der Versicherten haben sich nach aktuellen Zahlen für ein solches Modell entschieden. Der neue Vorschlag geht nun weiter: Die Kantone und nicht die Krankenversicherer sollen die Erstberatungsstellen definieren und wer ein gesundheitliches Problem hat, muss sich zuerst an eine solche vorgeschriebene Anlaufstelle wenden. Diese Stelle entscheidet über den weiteren Behandlungsweg und überweist den Patienten allenfalls an einen Spezialisten. Der Bundesrat erhofft sich davon Einsparungen durch das Vermeiden von unnötigen Untersuchungen und Behandlungen. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Jahr 2012 an der Urne deutlich verworfen, obwohl der Eingriff in die Patienten-Autonomie kleiner war als dies mit der Einführung einer Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Der Umstand, dass die Managed-Care-Vorlage vom Volk verworfen wurde, jedoch 70% der Versicherten ein alternatives Versicherungsmodell (AVM-Modell) gewählt haben, zeigt auf, dass die AVM deshalb auf breite Akzeptanz stossen, weil sie auf Freiwilligkeit und echtem finanziellen Anreiz gründen. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung entmündigt die 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen. Der bundesrätliche Vorschlag verschweigt, nach welchen Kriterien die Erstberatungsstellen entscheiden sollen. Es geht also nicht primär um das Patientenwohl, sondern um Kosteneinsparung. Dies bedeutet, dass massiv in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient eingegriffen würde. Bei den erhofften Einsparungen durch die Erstberatungsstellen verweist der Bundesrat auf die heutigen Hausarztmodelle. Er negiert dabei vollkommen, dass diese Einsparungen auf eine gute, koordinierte und qualitativ hochstehende Zusammenarbeit und langjährige Patientenbeziehungen - also auf die Qualität der medizinischen Versorgung - zurückzuführen sind und nicht nur und ausschliesslich auf das

	«Gatekeeping». Den Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern werden mit der Organisation, Definition, Prüfung und Koordination von Erstberatungsstellen weitere Bürokratie und Kosten aufgebrummt, die letztlich zulasten der Steuerzahler und der Patienten gehen.
mediX	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung** Der Artikel 36b ist in der vorliegenden Form gänzlich abzulehnen. Die Idee, Netzwerke als Leistungserbringer im KVG explizit zu erwähnen und somit zu anerkennen,, findet mediX allerdings gut. Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke auf Verordnungsstufe ist jedoch entschieden abzulehnen. Die AVM-Modelle, welche von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen entwickelt wurden und werden, haben sich so erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert. Im Gegensatz zum erläuternden Bericht hält der Art. 48a explizit fest, dass die Tarifpartner Pauschalen zur Vergütung der Leistungen der koordinierten Versorgung festlegen müssen. Dies steht im krassen Widerspruch einerseits zum Bericht und andererseits schränkt dies die Vertragsfreiheit innerhalb der bestehenden AVM über Gebühr und unverhältnismässig ein.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
mediX	35	2	O	Eine neue Leistungserbringerkategorie soll Aufnahme im KVG finden. Dies ist unnötig, da ein Ärztenetz eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, darstellt, wie sie in Art. 35 Abs. 2 Bst. n definiert ist.	Ergänzung des Art. 35 Abs. 2 Bst. n : «Einrichtungen oder Institutionen/Ärztenetze, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen»
mediX	36b			Der Artikel 36b ist in der vorliegenden Form gänzlich abzulehnen. Zwar ist mediX ebenfalls der Meinung, dass Netzwerke als Leistungserbringer im KVG explizit erwähnt und somit anerkannt werden müssen. Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke auf Verordnungsstufe ist jedoch entschieden abzulehnen. Eine Definition eines Ärztenetzes ist absolut überflüssig, da diese bereits unter die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, subsumiert werden können und diese in Art. 36a bereits definiert sind. Die AVM-Modelle, welche von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen entwickelt wurden und werden, haben sich so erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung	Ersatzlos streichen

				geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert. Im Gegensatz zum erläuternden Bericht hält der Art. 48a explizit fest, dass die Tarifpartner Pauschalen zur Vergütung der Leistungen der koordinierten Versorgung festlegen müssen. Dies steht im krassen Widerspruch einerseits zum Bericht und andererseits schränkt dies die Vertragsfreiheit innerhalb der bestehenden AVM über Gebühr und unverhältnismässig ein.	
mediX	40a			Neu soll jede versicherte Person einen Leistungserbringer wählen, welcher die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. Bisher konnten in alternativen Versicherungsmodellen Patienten selbst wählen, ob sie sich von ihrem Hausarzt, ihrer HMO-Praxis oder via Telemedizin beraten lassen, bevor sie einen Spezialisten konsultieren und mit diesem Vorgehen Prämien sparen. Diese alternativen Versicherungsmodelle (AVM) erfreuen sich grosser Beliebtheit: 70% der Versicherten haben sich zurzeit für ein solches Modell entschieden. Der neue Vorschlag geht nun weiter: Nicht nur, dass die 30% der Bevölkerung, welche sich bewusst gegen ein AVM entschieden haben und bereit sind die entsprechenden Mehrkosten (Differenz zwischen Standardprämie und AVM-Prämie) zu tragen quasi entmündigt werden, sondern neu sollen die Kantone und nicht die Krankenversicherer die Erstberatungsstellen	Ersatzlos streichen

				definieren. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Jahr 2012 an der Urne deutlich verworfen, obwohl der Eingriff in die Patienten-Autonomie kleiner war als dies mit der Einführung einer Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Der Umstand, dass die Managed-Care-Vorlage vom Volk verworfen wurde, jedoch 70% der Versicherten ein AVM-Modell gewählt haben, zeigt auf, dass die AVM deshalb auf breite Akzeptanz stossen, weil sie auf Freiwilligkeit und echtem finanziellen Anreiz gründen. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung entmündigt die 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen.	
mediX	40a	2	a-c	Die Erstberatungsstelle soll beurteilen, ob eine Untersuchung, Behandlung oder eine Überweisung an einen anderen Leistungserbringer notwendig ist. Die Verfasser dieses Gesetzesartikels sind offensichtlich der Meinung, dass Patientinnen und Patienten heute aus reiner Freude eine Arztpraxis aufsuchen, denn eine Differenzialdiagnose des vom Patienten geschilderten gesundheitlichen Problems, um zu beurteilen, ob eine Überweisung, weitere Diagnostik oder Therapie nötig ist, ist bereits eine Untersuchung. Die in diesem Artikel beschriebenen Aufgaben werden heute von den Hausärztinnen und Hausärzten übernommen. 70% der Bevölkerung hat sich im Rahmen eines AVM-Produktes bereits heute freiwillig dazu verpflichtet eine Erstberatungsstelle zu wählen, die genau	Ersatzlos streichen

				die beschriebenen Aufgaben erfüllt.	
mediX	40a	3	a	Eine schwangere Frau muss also bei einem Problem in der Schwangerschaft sich erst an die Erstberatungsstelle wenden, damit sie anschliessend an eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt überwiesen werden kann? Zwar ist im erläuternden Bericht zu lesen, dass dies selbstverständlich möglich sei. Wenn es so selbstverständlich ist, wäre es – im Sinne der Transparenz – angezeigt, die selbstverständlichen Fälle, bei denen keine Überweisung nötig ist, explizit aufzuführen. Was ist mit Urologie, Ophthalmologie, ORL? In all diesen und vielen weiteren Fachgebieten gibt es Erkrankungen, welche ohne fachärztliche Beurteilung nicht behandelt werden können – sprich die Erstberatungsstellen zu reinen Ausstellern von Überweisungen verkommen und somit wichtige, allgemeinärztliche Ressourcen falsch und absolut ineffizient eingesetzt werden.	Ersatzlos streichen
mediX	40a	4		Bereits heute ist die Zulassung und das Erteilen einer Betriebsbewilligung geregelt. Die Kantone sollten nicht noch mit einer zusätzlichen Pflicht belastet werden, insbesondere können gemäss Art. 40a Abs. 3 lit. a alle Ärztinnen und Ärzte mit den entsprechenden Weiterbildungstiteln die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, sich jederzeit auf die Liste setzen oder streichen lassen, was eine administrative Mehrbelastung für die kantonalen Gesundheitsdirektionen darstellt, auf welche man gut verzichten kann.	Ersatzlos streichen
mediX	40a	5		Der Kanton soll über ein Gesuch entscheiden. Das bedeutet, dass er ein Gesuch auch ablehnen könnte, was aus Sicht von mediX sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind, laut dem Gesetzesentwurf nicht	Ersatzlos streichen

				möglich ist.	
mediX	40a	6		Zur Umsetzung des Systems mit der Erstberatungsstelle, welche in Form einer Kopfpauschale vergütet werden soll, wird eine Administration benötigt, welche hohe Kosten verursachen würde. Die Leistungserbringer werden Bestätigungen (wohl in Papierform) an die Patientinnen und Patienten schicken müssen, welche ihrerseits die Bestätigung an den Versicherer weiterleiten müssen. Die Versicherer müssen die nicht standardisierten Bestätigungen verarbeiten, kontrollieren und ihrerseits wohl wieder sowohl dem Patienten als auch der Erstberatungsstelle den Eingang der Bestätigung und deren Verarbeitung bestätigen, da die Erstberatungsstelle sonst Gefahr läuft keine Vergütung zu erhalten, wenn der Patient es versäumt hat die Bestätigung an die Krankenversicherung zu schicken.	
mediX	40a	7		Mit der Vorlage wird ein massiver Systemwechsel in der medizinischen Grundversorgung angestrebt, jedoch wird es unterlassen der Bevölkerung resp. der Politik auszuführen, wie versicherte Personen ihre Erstberatungsstelle wechseln kann, wie der Versicherer eine Erstberatungsstelle bestimmen kann und auch, ob eine Zweitmeinung einer anderen Erstberatungsstelle eingeholt werden kann.	Ersatzlos streichen
mediX	40b	2		Das Erfordernis einer Überweisung soll in Notfällen nicht gelten. Der Begriff «Notfall» müsste, sollte der Art. 40b tatsächlich Eingang ins KVG finden, klar definiert sein. Für eine versicherte Person ist wohl ein überwiegender Teil der gesundheitlichen Probleme ein Notfall	Ersatzlos streichen

mediX	40b	4		mediX ist überzeugt, dass die Bevölkerung einer solchen Regelung in einem wichtigen Punkt im Rahmen eines Referendums nicht zustimmen wird. Die Regeln der Überweisung und die Ausnahmen müssen im Gesetz klar formuliert werden, wenn diese Überweisungen zwingend notwendig sind, damit eine Kostenübernahme durch eine Versicherung sichergestellt wird.	Ersatzlos streichen
mediX	40c	1		Grundsätzlich gilt im KVG die Tarifautonomie zwischen den Parteien. Dabei sieht KVG Art. 43 explizit verschiedene Tarifsysteme (Zeit, Einzelleistung, Pauschalen) vor. Die Einschränkung der Erstberatung auf Pauschalen untergräbt diese Tarifautonomie. Aus Sicht von mediX ist der ganze Artikel 40c zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen
mediX	40c	3		Nicht nur, dass mit der Vorgabe eines pauschalen Vergütungssystems für die Erstberatung die Tarifautonomie der Tarifpartner untergraben wird, sondern auch die Vergütung soll nun – entgegen dem Willen des Parlamentes, welchen es mit der Einführung der subsidiären Kompetenz zur Tariffestsetzung manifestiert hat – hoheitlich bestimmt werden.	Ersatzlos streichen
mediX	40c	4		Durch die Bestimmung der Pauschale durch den Bundesrat und in Verbindung mit der Kompetenz, welche Leistungen mit der Pauschale abgedeckt sind, ergibt sich im Bereich der ärztlichen Grundversorgung durch die Erstberatungsstellen ein «Globalbudget». Dies führt zu einer qualitativ schlechteren Versorgung, birgt die Gefahr von indirekter Rationierung und von Unterversorgung. Würde tatsächlich ein solches Globalbudget für die Erstberatung beschlossen, stellt sich die Frage, ob es dann	Ersatzlos streichen

				überhaupt noch Krankenversicherer braucht.	
mediX	40d			Ganzer Artikel 40d streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen
mediX	41a			Aus Sicht mediX ist der gesamte Artikel 41 a zu streichen	Ersatzlos streichen
mediX	48a	1		Die AVM haben sich gerade so dynamisch entwickelt, weil sie untereinander in Bezug auf die Inhalte und die verhandelten Tarife resp. Tarifsysteme in Konkurrenz standen und stehen. Diese Dynamik wird mit dem Gesetzesentwurf zerstört und verunmöglicht..	Ersatzlos streichen
mediX	48a	2		Mit diesem Absatz würde eigentlich eine kassenärztliche Vereinigung nach deutschem Vorbild auf der Ebene eines Netzwerkes eingeführt. Die Vergütung der einzelnen Leistungen innerhalb eines Netzwerkes wäre Angelegenheit des Netzwerkes. Das führt dazu, dass nicht nur 27 verschiedene Tarife (kantonale KVG-Tarife und UV/MV/IV) verhandelt und administriert werden müssten, sondern innerhalb eines einzelnen Kantons wären innerhalb des Netzwerkes nochmals Verhandlungen zu führen, wie die Pauschale unter den verschiedenen Leistungserbringern aufgeteilt würde und auch diese Aufteilung müsste dann im Netzwerk administriert werden. Dieser bürokratische Leerlauf bringt nur hohe Kosten ohne Nutzen.	Ersatzlos streichen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

TRIAL MODE – Click here for more information

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Medizinische Gesellschaft Basel,

Abkürzung der Firma / Organisation : MEDGES

Adresse : Freie Strasse 3/5, 4001 Basel

Kontaktperson : Dr. iur. Jennifer Langloh-Wetterwald

Telefon : 061 560 15 15

E-Mail : jennifer.langloh@medges.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

TRIAL MODE – Click here for more information

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

TRIAL MODE – Click here for more information

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	MEDGES spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
MEDGES	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
MEDGES	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
MEDGES	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
MEDGES	MEDGES wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

TRIAL MODE – Click here for more information

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

TRIAL MODE – Click here for more information

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
MEDGES	21	2		MEDGES wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. MEDGES ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

TRIAL MODE – Click here for more information

MEDGES	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

TRIAL MODE – Click here for more information

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
MEDGES	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

TRIAL MODE – Click here for more information

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
MEDGES	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
MEDGES	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

TRIAL MODE – Click here for more information

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

TRIAL MODE – Click here for more information

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
MEDGES	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
MEDGES	41a				Analog 40a-d anzupassen.
MEDGES	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

TRIAL MODE – Click here for more information

MEDGES	42	3ter		Es gibt immer noch Kollegen, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
MEDGES	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
MEDGES	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

TRIAL MODE – Click here for more information

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : medswiss.net

Abkürzung der Firma / Organisation : MSN

Adresse : Seefeldstrasse 283a

Kontaktperson : Christoph Lüssi

Telefon : 044 545 55 87

E-Mail : info@medswiss.net

Datum : 06.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
MSN	Wir danken für die Gelegenheit die vorgesehenen Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes kommentieren zu dürfen. MSN als Dachverband der Schweizer Ärztenetze lehnt das Massnahmenpaket 2 integral ab und wird dies in der offiziellen Stellungnahme auch detailliert und für jede einzelne Massnahme ausführen. Wir werden in den allgemeinen Bemerkungen und Anregungen speziell auf die Punkte der «Erstberatungsstelle» und die „Stärkung der koordinierten Versorgung“ eingehen und anschliessend die einzelnen Artikel der Revisionsvorlage im Detail kommentieren. Zusammenfassend möchte medswiss.net festhalten, dass die Vorlage betreffend die Förderung der koordinierten Versorgung zwar gut gemeint ist, jedoch diametral das Gegenteil bewirken wird und die Gefahr birgt, dass die mehr als 20-jährige Erfolgsgeschichte der Entwicklung der Schweizer Ärztenetze zerstört wird. Daher lehnt MSN die Vorlage entschieden ab und wird, sollte die Vorlage durch die Räte beschlossen werden, das Referendum ergreifen.
MSN	**Erstberatungsstelle** Aktuell können Patienten selbst wählen, ob sie sich von ihrem Hausarzt, ihrer HMO-Praxis oder via Telemedizin beraten lassen, bevor sie einen Spezialisten konsultieren und mit diesem Vorgehen Prämien sparen. Diese alternativen Versicherungsmodelle (AVM) erfreuen sich grosser Beliebtheit: 70 Prozent der Versicherten haben sich nach aktuellen Zahlen für ein solches Modell entschieden. Der neue Vorschlag geht nun weiter: Die Kantone und nicht die Krankenversicherer sollen die Erstberatungsstellen definieren und wer ein gesundheitliches Problem hat, muss sich zuerst an eine solche vorgeschriebene Anlaufstelle wenden. Diese Stelle entscheidet über den weiteren Behandlungsweg und überweist den Patienten allenfalls an einen Spezialisten. Der Bundesrat erhofft sich davon Einsparungen durch das Vermeiden von unnötigen Untersuchungen und Behandlungen. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Jahr 2012 an der Urne deutlich verworfen, obwohl der Eingriff in die Patienten-Autonomie kleiner war als dies mit der Einführung einer Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Der Umstand, dass die Managed-Care-Vorlage vom Volk verworfen wurde, jedoch 70% der Versicherten ein alternatives Versicherungsmodell (AVM-Modell) gewählt haben, zeigt auf, dass die AVM deshalb auf breite Akzeptanz stossen, weil sie auf Freiwilligkeit und echtem finanziellen Anreiz gründen. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung entmündigt die 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen. Genauso ungeklärt bleibt die Frage, ob es mit der Anordnung einer Erstberatungsstelle noch möglich wäre, eine Zweitmeinung einzuholen. Angenommen die erste Beratung hat keine Überweisung zur Folge und der Patient leidet weiterhin an seinen Beschwerden: Dürfte er selbst einen Spezialisten oder eine andere Erstberatungsstelle konsultieren? Ebenfalls offen ist die Frage, ob Patienten zur Einholung einer Zweitmeinung eines Spezialisten zuerst wieder die Erstberatungsstelle kontaktieren

	müsste. Der bundesrätliche Vorschlag verschweigt, nach welchen Kriterien die Erstberatungsstellen entscheiden sollen. Es geht also nicht primär um das Patientenwohl, sondern um Kosteneinsparung. Dies bedeutet, dass massiv in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient eingegriffen würde. Besonders chronisch Kranke sind auf eine langfristig gut funktionierende Arzt-Patient-Beziehung angewiesen und wären durch die Einschränkung der freien Arztwahl benachteiligt. Bei den erhofften Einsparungen durch die Erstberatungsstellen verweist der Bundesrat auf die heutigen Hausarztmodelle. Er negiert dabei vollkommen, dass diese Einsparungen auf eine gute, koordinierte und qualitativ hochstehende Zusammenarbeit und langjährige Patientenbeziehungen - also auf die Qualität der medizinischen Versorgung - zurückzuführen sind und nicht nur und ausschliesslich auf das «Gatekeeping». Den Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern werden mit der Organisation, Definition, Prüfung und Koordination von Erstberatungsstellen weitere Bürokratie und Kosten aufgebrummt, die letztlich zulasten der Steuerzahler und der Patienten gehen.
MSN	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung** Der Artikel 36b ist in der vorliegenden Form gänzlich abzulehnen. Zwar ist Medswiss.net ebenfalls der Meinung, dass Netzwerke als Leistungserbringer im KVG explizit erwähnt und somit anerkannt werden müssen. Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke auf Verordnungsstufe ist jedoch entschieden abzulehnen. Eine Definition eines Ärztenetzes ist absolut überflüssig, da diese bereits unter die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, subsumiert werden können und diese in Art. 36a bereits definiert sind. Die AVM-Modelle, welche von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen entwickelt wurden und werden, haben sich so erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert. Im Gegensatz zum erläuternden Bericht hält der Art. 48a explizit fest, dass die Tarifpartner Pauschalen zur Vergütung der Leistungen der koordinierten Versorgung festlegen müssen. Dies steht im krassen Widerspruch einerseits zum Bericht und andererseits schränkt dies die Vertragsfreiheit innerhalb der bestehenden AVM über Gebühr und unverhältnismässig ein.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
MSN	21	1		Die Datenweitergabe muss als Ganzes gesehen werden. Es erscheint auf den ersten Blick durchaus plausibel, dass die Versicherer die Daten weitergeben müssen, welche das BAG für die Aufgaben nach diesem Gesetz benötigt. Wenn die Daten der Versicherer an das BAG weitergegeben werden müssen, dann ist die entsprechende Verpflichtung der Leistungserbringer um die Leistungsdaten zu reduzieren, da ansonsten zusätzlicher Aufwand in der Plausibilisierung entsteht, da die Zahlen der Versicherer und Leistungserbringer wohl kaum deckungsgleich sein werden.	
MSN	21	2		Im Absatz 2 wird ausgeführt, dass Daten grundsätzlich in aggregierter Form weiterzugeben sind. Allerdings soll der Bundesrat vorsehen können, dass die Daten pro versicherte Person weitergegeben werden müssen. MSN kann aus den Buchstaben a-d keine Aufgaben erkennen, welche die Notwendigkeit von Daten pro versicherte Person voraussetzt.	Die Daten sind in aggregierter und anonymisierter Form weiterzugeben. Zweiter Satz: ersatzlos streichen
MSN	21	2	A	Das KVG regelt in Art. 43 ff die Tarife, deren Anforderungen und die Genehmigungsprozesse. Insofern ist MSN unklar, inwiefern das BAG hier nochmals Daten zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung in einem strukturierten Prozess braucht. Es gilt festzuhalten,	a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringerkategorie.

				dass Tarife grundsätzlich der Tarifautonomie unterliegen und die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates keine systematische und strukturierte Analyse im vorgesehenen Ausmass rechtfertigt. Das BAG ist ja bereits mit der subsidiären Kompetenz überfordert, wie die verschiedenen in der Vergangenheit getroffenen Massnahmen zeigen und daher ist auf dieses systematische Datensammlung und -Analyse zu verzichten. Die Tarifpartner müssen der Genehmigungsbehörde ohnehin die Entscheidungsgrundlagen für die Beurteilung eines Tarifes zur Verfügung stellen. Bei einer behördlichen Festsetzung kann die Behörde die entsprechenden Daten situativ einfordern. Die systematische Datenlieferung verursacht nur Kosten, welche in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen. Auch die gesetzlichen Bestimmungen sollten analog der medizinischen Leistungen im KVG den WZW-Kriterien genügen. Zudem werden bereits heute durch die Versicherer WZW-Verfahren gegen auffällige Leistungserbringer durchgeführt, weshalb eine zusätzliche, auf einzelne Leistungserbringer heruntergebrochene Datensammlung überflüssig und unverhältnismässig ist. Im ergänzenden Bericht (S. 62) wird ausgeführt, dass die Kantone ihre Kostenziele bis hin zu einzelnen Leistungserbringern differenzieren können. Das würde bedeuten, dass die Daten also nicht nur dem BAG übermittelt werden, sondern das BAG die nicht anonymisierten Daten dann an die Kantone weitergeben muss, was im vorliegenden Gesetzesentwurf mit keinem Wort erwähnt ist.	
MSN	21	3		Da die Daten dem BAG nur in aggregierter und anonymisierter Form (vgl. Antrag MSN zu Art. 21 Abs. 2)	Ersatzlos streichen

				weitergegeben werden dürfen, erübrigt sich der Absatz 3.	
MSN	25	2	H Abs.2	Die Leistungen, welche hier aufgezählt werden, sind bereits in Art. 25 Abs. 2 Bst. a genannt (Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen Im Bericht wird argumentiert, dass es eine gesetzliche Grundlage für Leistungen braucht, welche neu durch Apothekerinnen und Apotheker zu Lasten der OKP erbracht werden können. Dies ist falsch, irreführend und geradezu dilettantisch. Die Kompetenzen der Leistungserbringer richtet sich nach den Bestimmungen des Medizinalberufegesetzes. Dieses sieht keine Kompetenz der Apotheker im Rahmen der Erbringung ärztlicher Leistungen vor. Diese Kompetenzen sind in MedBG Art. 9 abschliessend geregelt. Dort heisst es unter Buchstabe j: «haben angemessene Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen und Krankheiten.» Für MSN ist klar, dass angemessene Grundkenntnisse nicht genügen, um selbstständig eine Differenzialdiagnose bei Patientinnen und Patienten durchzuführen und selbstständig eine Behandlung einzuleiten. Daher müssen die Leistungen auch nicht im KVG erwähnt werden. Weil sich das BAG dessen bewusst ist und war, wurde hinzugefügt, dass diese Leistungen nur im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen erbracht werden können. Das heisst konkret, dass die Apotheker mit diesem Artikel selbstständig handeln dürften, die Haftung jedoch bei der Institution verbleibt, welche ärztlich geleitet ist. Unter ärztlicher Aufsicht und auf Anordnung ist eine Leistungserbringung mit dem Art. 25 Abs. 2 bereits heute möglich und bedingt keine besondere Regelung. Die Vergütung ist dabei bilateral zwischen dem	Ersatzlos streichen

				verantwortlichen Arzt und dem unselbstständigen «Unterakkordanten» zu regeln.	
MSN	25	2	I	Die Leistungen, welche im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden, werden heute als Teil der alternativen Versicherungsmodelle (AVM) im Rahmen der bilateralen Vereinbarung über den AVM-Vertrag vergütet. Die ärztlichen Leistungen sind bereits geregelt und die Leistungskoordination im Rahmen von AVM sieht MSN nicht als KVG-tarifrelevante Leistung im engeren Sinn und soll daher auch keinem Tarif unterstehen, sondern weiterhin und unverändert Teil der AVM-Produkte bleiben.	Ersatzlos streichen
MSN	32	3		MSN begrüsst die Ergänzung eines Absatzes 3 in Art. 32, bemerkt jedoch, dass gerade diese offensichtlich nötige Ergänzung erfolgt, da das zuständige Departement bisher den Pflichten aus Art. 32 Abs. 2 nicht nachgekommen ist. Vor diesem Hintergrund hat MSN grosse Vorbehalte, was neue Aufgaben im Bereich von Datensammlungen und -Analyse betrifft (vgl. Ausführungen zu Art. 21 Abs. 2 Bst. a)	
MSN	33	3		Da der Art. 25 Abs. 2 lit. h und i ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
MSN	35	2	O	Eine neue Leistungserbringerkategorie soll Aufnahme im KVG finden. Dies ist unnötig, da ein Ärztenetz eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, darstellt, wie sie in Art. 35 Abs. 2 Bst. n definiert ist.	Ergänzung des Art. 35 Abs. 2 Bst. n : «Einrichtungen oder Institutionen/Ärztenetze, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen»
MSN	36b			Der Artikel 36b ist in der vorliegenden Form gänzlich abzulehnen. Zwar ist Medswiss.net ebenfalls der Meinung, dass Netzwerke als Leistungserbringer im KVG explizit	Ersatzlos streichen

				erwähnt und somit anerkannt werden müssen. Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke auf Verordnungsstufe ist jedoch entschieden abzulehnen. Eine Definition eines Ärztenetzes ist absolut überflüssig, da diese bereits unter die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, subsumiert werden können und diese in Art. 36a bereits definiert sind. Die AVM-Modelle, welche von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen entwickelt wurden und werden, haben sich so erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert. Im Gegensatz zum erläuternden Bericht hält der Art. 48a explizit fest, dass die Tarifpartner Pauschalen zur Vergütung der Leistungen der koordinierten Versorgung festlegen müssen. Dies steht im krassen Widerspruch einerseits zum Bericht und andererseits schränkt dies die Vertragsfreiheit innerhalb der bestehenden AVM über Gebühr und unverhältnismässig ein.	
MSN	40a			Neu soll jede versicherte Person einen Leistungserbringer wählen, welcher die Funktion einer Erstberatungsstelle	Ersatzlos streichen

				ausübt. Bisher konnten in alternativen Versicherungsmodellen Patienten selbst wählen, ob sie sich von ihrem Hausarzt, ihrer HMO-Praxis oder via Telemedizin beraten lassen, bevor sie einen Spezialisten konsultieren und mit diesem Vorgehen Prämien sparen. Diese alternativen Versicherungsmodelle (AVM) erfreuen sich grosser Beliebtheit: 70% der Versicherten haben sich zurzeit für ein solches Modell entschieden. Der neue Vorschlag geht nun weiter: Nicht nur, dass die 30% der Bevölkerung, welche sich bewusst gegen ein AVM entschieden haben und bereit sind die entsprechenden Mehrkosten (Differenz zwischen Standardprämie und AVM-Prämie) zu tragen quasi entmündigt werden, sondern neu sollen die Kantone und nicht die Krankenversicherer die Erstberatungsstellen definieren. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Jahr 2012 an der Urne deutlich verworfen, obwohl der Eingriff in die Patienten-Autonomie kleiner war als dies mit der Einführung einer Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Der Umstand, dass die Managed-Care-Vorlage vom Volk verworfen wurde, jedoch 70% der Versicherten ein AVM-Modell gewählt haben, zeigt auf, dass die AVM deshalb auf breite Akzeptanz stossen, weil sie auf Freiwilligkeit und echtem finanziellen Anreiz gründen. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung entmündigt die 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen.	

				Selbst unter den 30%, welche kein AVM-Produkt gewählt haben, ist der Anteil der Personen, die einen Hausarzt gewählt haben, wohl relativ gross, weshalb von ca. 10-15% der Bevölkerung ausgegangen werden kann. Um diese 10-15% der Bevölkerung in ein nicht gewolltes Modell zu zwängen, wird die Wahlfreiheit von 85% der Bevölkerung beschnitten, was einem Verhältnisblödsinn gleichkommt.	
MSN	40a	2	a-c	Die Erstberatungsstelle soll beurteilen, ob eine Untersuchung, Behandlung oder eine Überweisung an einen anderen Leistungserbringer notwendig ist. Die Verfasser dieses Gesetzesartikels sind offensichtlich der Meinung, dass Patientinnen und Patienten heute aus reiner Freude eine Arztpraxis aufsuchen, denn eine Differenzialdiagnose des vom Patienten geschilderten gesundheitlichen Problems, um zu beurteilen, ob eine Überweisung, weitere Diagnostik oder Therapie nötig ist, ist bereits eine Untersuchung. Die in diesem Artikel beschriebenen Aufgaben werden heute von den Hausärztinnen und Hausärzten übernommen. 70% der Bevölkerung hat sich im Rahmen eines AVM-Produktes bereits heute freiwillig dazu verpflichtet eine Erstberatungsstelle zu wählen, die genau die beschriebenen Aufgaben erfüllt.	Ersatzlos streichen
MSN	40a	3	a	Eine schwangere Frau muss also bei einem Problem in der Schwangerschaft sich erst an die Erstberatungsstelle wenden, damit sie anschliessend an eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt überwiesen werden kann? Zwar ist im erläuternden Bericht zu lesen, dass dies selbstverständlich möglich sei. Wenn es so selbstverständlich ist, wäre es – im Sinne der Transparenz	Ersatzlos streichen

				– angezeigt, die selbstverständlichen Fälle, bei denen keine Überweisung nötig ist, explizit aufzuführen. Was ist mit Urologie, Ophthalmologie, ORL? In all diesen und vielen weiteren Fachgebieten gibt es Erkrankungen, welche ohne fachärztliche Beurteilung nicht behandelt werden können – sprich die Erstberatungsstellen zu reinen Ausstellern von Überweisungen verkommen und somit wichtige, allgemeinärztliche Ressourcen falsch und absolut ineffizient eingesetzt werden.	
MSN	40a	4		Bereits heute ist die Zulassung und das Erteilen einer Betriebsbewilligung geregelt. Die Kantone sollten nicht noch mit einer zusätzlichen Pflicht belastet werden, insbesondere können gemäss Art. 40a Abs. 3 lit. a alle Ärztinnen und Ärzte mit den entsprechenden Weiterbildungstiteln die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, sich jederzeit auf die Liste setzen oder streichen lassen, was eine administrative Mehrbelastung für die kantonalen Gesundheitsdirektionen darstellt, auf welche man gut verzichten kann.	Ersatzlos streichen
MSN	40a	5		Der Kanton soll über ein Gesuch entscheiden. Das bedeutet, dass er ein Gesuch auch ablehnen könnte, was aus Sicht von MSN, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind, laut dem Gesetzesentwurf nicht möglich ist.	Ersatzlos streichen
MSN	40a	6		Zur Umsetzung des Systems mit der Erstberatungsstelle, welche in Form einer Kopfpauschale vergütet werden soll, wird eine Administration benötigt, welche hohe Kosten verursachen würde. Die Leistungserbringer werden Bestätigungen (wohl in Papierform) an die Patientinnen und Patienten schicken müssen, welche ihrerseits die	

				Bestätigung an den Versicherer weiterleiten müssen. Die Versicherer müssen die nicht standardisierten Bestätigungen verarbeiten, kontrollieren und ihrerseits wohl wieder sowohl dem Patienten als auch der Erstberatungsstelle den Eingang der Bestätigung und deren Verarbeitung bestätigen, da die Erstberatungsstelle sonst Gefahr läuft keine Vergütung zu erhalten, wenn der Patient es versäumt hat die Bestätigung an die Krankenversicherung zu schicken.	
MSN	40a	7		Mit der Vorlage wird ein massiver Systemwechsel in der medizinischen Grundversorgung angestrebt, jedoch wird es unterlassen der Bevölkerung resp. der Politik auszuführen, wie versicherte Personen ihre Erstberatungsstelle wechseln kann, wie der Versicherer eine Erstberatungsstelle bestimmen kann und auch, ob eine Zweitmeinung einer anderen Erstberatungsstelle eingeholt werden kann. MSN ist überzeugt, dass sich die Bevölkerung im Rahmen eines Referendums gegen diese Vorlage ausspricht.	Ersatzlos streichen
MSN	40b	2		Das Erfordernis einer Überweisung soll in Notfällen nicht gelten. Der Begriff «Notfall» müsste, sollte der Art. 40b tatsächlich Eingang ins KVG finden, klar definiert sein. Für eine versicherte Person ist wohl ein überwiegender Teil der gesundheitlichen Probleme ein Notfall	Ersatzlos streichen
MSN	40b	4		MSN ist überzeugt, dass die Bevölkerung einer solchen Regelung in einem wichtigen Punkt im Rahmen eines Referendums nicht zustimmen wird. Die Regeln der Überweisung und die Ausnahmen müssen im Gesetz klar formuliert werden, wenn diese Überweisungen zwingend notwendig sind, damit eine Kostenübernahme durch eine	Ersatzlos streichen

				Versicherung sichergestellt wird.	
MSN	40c	1		Grundsätzlich gilt im KVG die Tarifautonomie zwischen den Parteien. Dabei sieht KVG Art. 43 explizit verschiedene Tarifsysteme (Zeit, Einzelleistung, Pauschalen) vor. Die Einschränkung der Erstberatung auf Pauschalen untergräbt diese Tarifautonomie. Aus Sicht von MSN ist der ganze Artikel 40c zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen
MSN	40c	3		Nicht nur, dass mit der Vorgabe eines pauschalen Vergütungssystems für die Erstberatung die Tarifautonomie der Tarifpartner untergraben wird, sondern auch die Vergütung soll nun – entgegen dem Willen des Parlamentes, welchen es mit der Einführung der subsidiären Kompetenz zur Tariffestsetzung manifestiert hat – hoheitlich bestimmt werden.	Ersatzlos streichen
MSN	40c	4		Durch die Bestimmung der Pauschale durch den Bundesrat und in Verbindung mit der Kompetenz, welche Leistungen mit der Pauschale abgedeckt sind, ergibt sich im Bereich der ärztlichen Grundversorgung durch die Erstberatungsstellen ein «Globalbudget». Dies führt zu einer qualitativ schlechteren Versorgung, birgt die Gefahr von indirekter Rationierung und von Unterversorgung. Würde tatsächlich ein solches Globalbudget für die Erstberatung beschlossen, würde sich für MSN die Frage stellen, wofür es die Krankenversicherungen in diesem Bereich noch braucht.	Ersatzlos streichen
MSN	40d			Aus Sicht von MSN ist der ganze Artikel 40d zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen

MSN	41a			Aus Sicht von MSN ist der ganze Vorschlag zum Artikel 41a zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen
MSN	48a	1		Auch im Bereich der Tarife mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung wird mit der Vorgabe eines pauschalen Vergütungssystems die Tarifautonomie der Tarifpartner untergraben. Die AVM haben sich gerade so dynamisch entwickelt, weil sie untereinander in Bezug auf die Inhalte und die verhandelten Tarife resp. Tarifsysteme in Konkurrenz standen und stehen. Diese Dynamik wird mit dem Gesetzesentwurf zerstört und verunmöglicht.	Ersatzlos streichen
MSN	48a	2		Mit diesem Absatz würde eigentlich eine kassenärztliche Vereinigung nach deutschem Vorbild auf der Ebene eines Netzwerkes eingeführt. Die Vergütung der einzelnen Leistungen innerhalb eines Netzwerkes wäre Angelegenheit des Netzwerkes. Das führt dazu, dass nicht nur 27 verschiedene Tarife (kantonale KVG-Tarife und UV/MV/IV) verhandelt und administriert werden müssten, sondern innerhalb eines einzelnen Kantons wären innerhalb des Netzwerkes nochmals Verhandlungen zu führen, wie die Pauschale unter den verschiedenen Leistungserbringern aufgeteilt würde und auch diese Aufteilung müsste dann im Netzwerk administriert werden.	Ersatzlos streichen
MSN	52b	1		Wenn Rückerstattungen vorgenommen werden müssen, sind diese durch den Versicherer an die Patientinnen und Patienten weiterzugeben, da diese auch die entsprechenden Selbstbehalte bezahlt haben.	Den versicherten Personen durch den Versicherer; oder

MSN	52c			Das Öffentlichkeitsprinzip ist höher zu gewichten als die Interessen der verhandelnden Parteien und entsprechend darf der Zugang zu amtlichen Dokumenten nicht verweigert werden. Der Artikel erweckt den Anschein, als würde das BAG versuchen, die eigene Inkompetenz und Rezeptlosigkeit in Zusammenhang mit der Festsetzung von Arzneimittelpreisen und Rückerstattungspreisen bei MiGeL-Produkten verschleiern zu wollen. MSN vertritt die Auffassung, dass die Bevölkerung durchaus das Recht hat zu erfahren, wie beispielsweise die Rückerstattungsbeträge der MiGeL-Produkte eruiert und berechnet werden. Es könnte eventuell auf Unverständnis stossen, dass ein Patient nur den Durchschnittspreis der umliegenden Länder für das entsprechende Produkt vergütet bekommt und eine Differenz zwischen Rückerstattungstarif und effektiv in Rechnung gestelltem Preis voll zu Lasten des Patienten geht. Wird nun das Öffentlichkeitsprinzip eingeschränkt, wären diese Informationen zukünftig nicht verfügbar.	Ersatzlos streichen
MSN	54	1 & 2		Dies ist faktisch die Einführung des Globalbudgets und widerspricht klar dem Willen des Gesetzgebers des aktuellen KVG. MSN bezweifelt, ob der Bundesrat in der Lage ist, die Entwicklung in der Medizin, der Gesellschaft, der technischen Möglichkeiten und der Erwartungshaltung der Bevölkerung verlässlich und früh genug zu antizipieren. Bei den Versicherern sind hunderte, wenn nicht tausende Mitarbeiter mit Prognosemodellen beschäftigt, um Jahr für	Ersatzlos streichen

				Jahr die Prämien für das kommende Jahr zu berechnen. MSN weist darauf hin, dass Bund und Kantone es innerhalb der letzten 10 Jahre nicht geschafft haben, trotz ausreichender Datenlage (RoKo, Steuerdaten, SASIS-Daten, santesuisse-Statistik, neu MAS), den Taxpunktwert der Preisentwicklung anzupassen. Vor diesem Hintergrund erscheint es geradezu vermessen, im Jahrestakt prospektiv die gesamte Kostenentwicklung einschätzen und realistische, alle Faktoren berücksichtigende Zielvorgaben definieren zu können.	
MSN	54	2		Der Bundesrat will nicht nur gesamtschweizerisch die Kostenziele festlegen, sondern diese auch für die Kantone bestimmen. MSN hält fest, dass der Bundesrat im KVG bisher keinen Tarif bestimmen, sondern nur die Tarifstruktur beeinflussen konnte. Selbst mit der subsidiären Kompetenz zur «Tariffestsetzung» ist es eine Festlegung der Tarifstruktur und nicht des Preises. Dieser wird kantonal in den Verhandlungen über den Taxpunktwert (Tarmed) oder zwischen einzelnen Spitälern und Versicherern (Baserate; DRG) festgelegt.	Ersatzlos streichen
MSN	54	4		Dies ist ein zunehmend nicht lösbarer Widerspruch innerhalb des KVG. Der Bundesrat legt willkürlich Tarife, auch nicht kostendeckende Tarife fest, garantiert aber den Versicherten die Übernehme der Kosten der versicherten Leistungen. Es sei die Frage erlaubt, ob der Bundesrat plant, künftig Leistungen persönlich, welche mit nicht kostendeckenden Tarifen, welche er bestimmt hat, zu erbringen?	Ersatzlos streichen

MSN	54b			Zuerst legt der Bundesrat die Kostenziele fest, danach die Kantone und zuletzt müssen die Krankenversicherer die Prämien fürs nächste Jahr berechnen. Das heisst, dass der Bundesrat die Zielsetzung zumindest 6-12 Monate vor dem Termin festlegen muss, an welchem die Krankenversicherer die Prämien zur Genehmigung eingeben müssen, da dazwischen dann auch noch die Kantone ihre Kostenziele definieren und publizieren müssen. In den Prozess der Festlegung der Kostenziele (sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonsebene müssen die Leistungserbringer und Versicherer zudem noch angehört werden, was die Frist von 6-12 Monate wohl eher noch verlängern dürfte.	Ersatzlos streichen
MSN	54c	2 & 3		Das bedeutet, dass die Krankenversicherer die Berechnung der Prämien für das kommende Jahr machen müssen, ohne die kantonale Kostenzielfestsetzung zu kennen, was nicht wirklich durchdacht ist.	Ersatzlos streichen
MSN	54d	1		MSN vertritt die Auffassung, dass Tarifverträge und die darin enthaltenen Leistungen, welche einer behördlichen Genehmigungspflicht unterliegen und diese erhalten haben, grundsätzlich die WZW-Kriterien des KVG (vgl. KVG Art. 32) erfüllen, ansonsten die Genehmigung nicht hätte erteilt werden dürfen. Die Verpflichtung, dass Tarifverträge bei Überschreiten der Kostenziele angepasst werden müssen, führt unweigerlich dazu, dass ein solch «manipulierter» Tarif die Kosten der erbrachten Leistungen nicht zu decken vermag. Damit besteht die Gefahr, dass ein Tarif zum Spielball der Politik wird.	Ersatzlos streichen

MSN	54d	2 - 6		Der Tarif muss sachgerecht sein und die entstehenden Kosten der Leistungserbringung decken. Das bedeutet jedoch auch, dass ein Tarif der Kostenentwicklung für die Leistungserbringung folgen muss. Dies ist Aufgabe des im Massnahmepaketes 1 vorgesehenen Tarifbüros, welches Leistungen des bestehenden Tarifes konstant überprüfen muss und Anpassungen am Tarif vornehmen kann. Entsprechend ist eine Überschreitung der Kostenziele nicht ein Problem des Preises, sondern wenn, dann ein Problem der Menge. Dieses Problem lässt sich aber in einem regulierten Markt nicht über Preise regeln, sondern müsste eine gesellschaftliche Diskussion betreffend eine Leistungseinschränkung (Rationierung) auslösen. Fehlt eine solche und wird versucht das Problem indirekt über Preise zu lösen, führt dies nach herrschender Lehre der Volkswirtschaft unweigerlich zu einem Staatsversagen.	Ersatzlos streichen
MSN	54c	1-3		Da MSN die Einführung von Kostenzielen im KVG strikt ablehnt, ist auch die geplante Kommission überflüssig.	Ersatzlos streichen
Übergangsbestimmungen	1			MSN ist der Dachverband der Schweizer Ärztenetze und ist in allen Regionen vertreten. Obwohl dies dem Dachverband zweifelsfrei mehr Relevanz verleihen würde, sehen wir es jedoch nicht als Aufgabe, Verträge über die Qualitätsentwicklung zu verhandeln und für alle Mitglieder abzuschliessen. Die Verträge zwischen einzelnen Leistungserbringern mit den Versicherern bilden ein System der Konkurrenz, garantieren eine dynamische Weiterentwicklung der integrierten, koordinierten Versorgung und sind daher nicht	Ersatzlos streichen

				zu standardisieren.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Dr. med. H. Meng Hutgasse 6 CH – 4001 Basel

FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Tel: 0041/+61/ 262'22'33 h.meng@hutgasse.ch FAX: 0041/+61/ 262'22'32

BAG
Abteilung Tarife und Grundlagen
3000 Bern

Basel, den 09.11.2020

Betrifft: Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrte Damen und Herren

Über meine Fachvertreter bin ich auf die geplanten Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2) aufmerksam gemacht worden. Ich möchte mit diesem Schreiben meine strikte Ablehnung der geplanten Massnahmen mitteilen. Ich bin aufgrund meiner langjährigen Erfahrung im Schweizer Gesundheitswesen (lange als OA einer Uniklinik, dann als Chefarzt eines Kantons und seit 10 Jahren als niedergelassener Psychiater) zutiefst davon überzeugt, dass die geplanten Massnahmen zu einer 2-Klassenmedizin und insgesamt zu einem Qualitätsverlust führen werden. Die negativen Folgen eines Globalbudgets (Kostenziele) sowie der Gatekeeper (Erstberatung durch Nicht-Fachpersonen) wurden bereits andernorts erfahren. Netzwerke mit Budgetverantwortung (Koordinierte Versorgung) wie auch das Kostengünstigkeitsprinzip an Stelle der WZW-Kriterien werden zu einer ärztlichen Versorgung führen, die nicht mehr von Qualität geleitet ist sondern primär Billig-Medizin sein müsste.
Aus diesen Gründen lehne ich die geplanten Massnahmen strikte ab.
Für weitere Details verweise ich auf die unten angefügten Erläuterungen der FMPP

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichem Gruss

Dr. med. H. Meng

Stellungnahme FMPP von 18. November 2020

Name / Firma / Organisation	: Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz
Abkürzung der Firma / Organisation	: FMPP
Adresse	: Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8
Kontaktperson	: Dr. med. Fulvia Rota, Co-Präsidentin, Prof. Dr. med. Alain di Gallo, Co-Präsident
Telefon	: 031 313 88 33
E-Mail	: fmpp@psychiatrie.ch
Datum	: 18. November 2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht **4**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen **6**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person

	profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und	

				Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen.	Analog 40a-d anzupassen.

				In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen

FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge	Streichung von Art. 54a-e-

				(Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : mfe

Adresse : Effingerstrasse 2

Kontaktperson : Reto Wiesli

Telefon : 031 508 36 10

E-Mail : gs@hausaerzteschweiz.ch

Datum : 9.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 19

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 20

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
mfe	Wir begrüssen grundsätzlich, dass die Vorlage die zentrale Rolle der Hausarztmedizin erkennt und anerkennt, etwa im Rahmen der Erstberatung, in Netzwerken zur koordinierten Versorgung oder bei der interprofessionellen Zusammenarbeit. Wir sind überzeugt, dass ein hausarztbasiertes Gesundheitswesen die besten Resultate liefert, und zwar bezüglich Qualität wie auch bezüglich Kosten. Der Vergleich mit Gesundheitssystemen in anderen Ländern zeigt dies klar. Haus- und Kinderärzte lösen 94.3% der Gesundheitsprobleme (Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich) selber und nehmen dafür nur 7.9% der Gesundheitskosten in Anspruch (Obsan Bulletin 2016/1). Sie können unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermeiden. Mit der Stärkung der medizinischen Grundversorgung lassen sich unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermeiden und können die Versorgungsqualität verbessert und finanzielle Ressourcen geschont werden.
mfe	Den Haus- und Kinderärzten obliegt die Verantwortung, Entscheide zusammen mit und im Sinne ihrer Patientinnen und Patienten zu treffen. Finanzielle Überlegungen dürfen dabei aber keine Rolle spielen. Sparmassnahmen sind von den politischen Behörden zu entscheiden und auch zu verantworten. Die Politik darf diese Verantwortung nicht auf die Leistungserbringer abschieben, wie dies insbesondere mit den vorgesehenen Zielvorgaben geschehen würde. Welche Medizin wir wollen und welchen Preis wir zu bezahlen bereit sind, darf weder von den Leistungserbringern noch von den Kostenträgern entschieden werden. Dass die Kosten im Gesundheitswesen steigen, hat viele Ursachen, etwa der medizinische Fortschritt (gewollt und für alle von Vorteil), die gestiegene Nachfrage (durch demographischen und gesellschaftlichen Wandel und verändertes Patientenverhalten), Veränderungen im Angebot (z.B. neue Leistungen) oder die Struktur der Versicherungslandschaft. Der Vorschlag des Bundesrats zur Kostendämpfung setzt ungeachtet dessen fast ausschliesslich bei den Leistungserbringern an, während andere kostentreibende Faktoren mehrheitlich ausgeblendet werden. Das ist nicht zielführend und für mfe nicht nachvollziehbar. Wir lehnen eine solche einseitige Kostenbetrachtung ab. Wenn der Bundesrat überzeugt ist, dass Kosten gespart werden können, steht er in der Pflicht aufzuzeigen, wo dies der Fall sein soll, also konkret: worauf verzichtet werden soll. Lineare Preissenkungen widersprechen dem KVG, das Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit verlangt. Sie führen zu Rationierung und einer Verschlechterung der Versorgung. Zielvorgaben haben den gleichen Effekt. Sie sind nichts anderes als ein Kostendach, das einzuhalten nur dann gelingt, wenn auf Leistung verzichtet wird.
mfe	Die Grundidee, die der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle vorschlägt, haben wir bereits im Zusammenhang mit der Managed-Care-Vorlage unterstützt: Die zentrale Funktion von Haus- und Kinderärzten und ihre Rolle zur Koordination und Steuerung der Behandlungswege. Wir begrüssen einen solchen Schritt in Richtung hausarztbasiertes Gesundheitswesen. Er muss aber konsequent erfolgen. Entscheidend für den therapeutischen Erfolg sind langjährige Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten, das Kennen ihrer Kranken- und

	auch der Familiengeschichten. Das wird nur unter haus- und kinderärztlicher Leitung in deren Praxen tatsächlich sichergestellt. Andere Formen, z.B. telemedizinische Angebote, wie sie der Bundesrat mit vorschlägt, können dies nicht bieten. Langjährige Patientenbeziehungen wirken vor allem präventiv und tragen so aktiv und auf lange Sicht dazu bei, Kosten zu vermeiden. Die Entwicklung der vergangenen Jahre hat gezeigt, der Bundesrat weist selber darauf hin, dass sich Hausarzt- und damit verwandte Modelle durchsetzen, wenn Prämienrabatte einen Anreiz setzen und wenn das Wohl der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht. Die Schweizer Bevölkerung wählt als primäre Anlaufstellen bereits heute zu einem grossen Teil ihren Haus- oder Kinderarzt. 70 % der Versicherten sind in einem so genannten alternativen Versicherungsmodell mit reduzierter Prämie. mfe setzt deshalb weiter auf Freiwilligkeit und lehnt ein Obligatorium für Erstberatungsstellen, wie es der Bundesrat vorsieht, ab. Wir halten es für nicht angemessen und zielführend, für die noch fehlenden 30 % der Versicherten das bisher erfolgreiche System alternativer Versicherungsmodelle umzukrempeln und damit seinen Erfolg zu gefährden. Stattdessen muss nach gezielten Anreizen gesucht werden, mit denen jener Rest überzeugt werden kann, der noch nicht in einem hausarztbasierten System versichert ist.
mfe	Der Bundesrat will die Kosten mit Hilfe von verbindlichen Zielvorgaben dämpfen. Als Massnahmen sieht er dafür einzig tarifpolitische Korrekturen auf kantonaler Ebene vor und schliesst Leistungseinschränkungen ausdrücklich aus. Der Bundesrat geht davon aus, dass Tarifeingriffe weder auf den Umfang der Leistungen noch auf deren Qualität oder die Versorgung generell einen Einfluss haben. Diese Annahme ist nicht haltbar und schlicht falsch. Preise entscheiden immer über das Angebot. Tarifsenkungen werden immer dazu führen, dass das Angebot an medizinischen Leistungen abnimmt, also faktisch rationiert wird. mfe lehnt die Einführung rationierender Zielvorgaben entschieden ab. Sie gehen direkt zulasten der Kranken und Verunfallten. Dafür gibt es im Ausland Belege genug. Zudem kann es nicht ernsthaft die Absicht des Bundesrats sein, die angestrebte Stärkung der Hausarzt- und Kindermedizin (z.B. Hausarztzuschlag) ausgerechnet durch drohende undifferenzierte, lineare Preissenkungen zu gefährden. Zumal jetzt, da sich erste Erfolge zeigen, etwa, wenn wieder mehr Studierende die Hausarztmedizin für eine attraktive Karriereoption halten. Wir erinnern den Bundesrat auch daran, dass die Tarifpartner mit Tardoc vor über einem Jahr einen vollständig revidierten ambulanten Tarif vorgelegt haben. Dieser sieht auch verbindliche Korrekturmassnahmen vor. Der Bundesrat ist aufgefordert, diesen neuen Tarif zuerst zu genehmigen, bevor er so einschneidende Massnahmen wie Zielvorgaben zur Diskussion stellt.
mfe	mfe begrüsst die vorgesehene Stärkung der koordinierten und interprofessionellen Versorgung. Eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist eine langjährige Forderung von mfe. Wir engagieren uns seit Jahren dafür und haben schon früh deren Relevanz erkannt. Es ist aber dringend nötig, dass interprofessionelles Arbeiten und die nötigen Koordinationsaufgaben dem Nutzen und Aufwand entsprechend vergütet werden. Bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern ist diese Koordination häufig zeitintensiv, lohnt sich aber langfristig sowohl bezüglich Versorgungsqualität als auch wegen der finanziellen Folgen für das Gesundheitswesen, können so doch z.B. Hospitalisationen vermieden werden.

	Zentral ist, dass Netzwerke hausarztbasiert arbeiten, also Haus- und Kinderärzte die koordinierende Rolle übernehmen. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass viele unterschiedliche Formen solcher Netzwerke entstehen, je nach regionalen Voraussetzungen. mfe plädiert deshalb dafür, den Netzwerken nicht Vorgaben zu machen, wie dies in der Vorlage der Fall ist. Netzwerke brauchen Freiheiten, damit sie innovativ sein können und so dazu beitragen, einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten. Interprofessionelle Arbeit findet heute auch im Rahmen von Patientenprogrammen statt. Sie funktionieren nicht ohne Ärztinnen und Ärzte. Zentral ist, dass solche Programme die strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit fördern. Nicht zielführend sind dagegen krankheitsbezogene Programme. Medizin, namentlich haus- und kinderärztliche Medizin, stellt Patientinnen und Patienten ins Zentrum und nicht Krankheiten. Aus diesem Grund hat sich mfe seit jeher gegen krankheitsspezifische Programme ausgesprochen. Auch das BAG ist in der Zwischenzeit richtigerweise davon abgekommen, auf einzelne krankheitsfokussierte Strategien zu setzen. Der Bundesrat möchte im Zusammenhang mit Programmen die Rolle von Apothekern stärken, auch im KVG. Echte Interprofessionalität setzt aber voraus, dass grundsätzlich alle und nicht nur eine Berufsgruppe involviert werden. Die ausdrückliche Bezeichnung einer Berufsgruppe ist weder zielführend noch wünschenswert, sondern widerspricht dem Grundgedanken von Interprofessionalität.
mfe	Erstberatungsstelle und Netzwerke sollen, so der Vorschlag des Bundesrats, mit Pauschalen für ihre Leistungen abgegolten werden. mfe steht solchen Pauschalen sehr kritisch gegenüber. Pauschalen sind gerade in der Erstbeurteilung nicht zielführend und verhindern ein auf den Bedürfnissen der Patienten beruhendes Vorgehen. Wir Haus- und Kinderärzte fordern seit Jahren einen sachgerechten Tarif mit adäquater Vergütung unserer Leistung. Grundsätzlich sind in der haus- und kinderärztlichen Medizin Pauschalen schwierig, da der Bedarf an ärztlicher Beratung und Untersuchung je nach Patient, Erkrankung und Situation stark variieren kann. Inakzeptabel ist eine Pauschalisierung der Erstberatung, wenn die Abgeltung der haus- und kinderärztlichen Leistungen zur faktischen Rationierung von Versorgungsleistungen führen sollte. Solche Pauschalen sieht der Bundesrat auch für Netzwerke vor, wobei diese von den Tarifpartnern ausgehandelt werden sollen. Netzwerke sind heute deshalb in verschiedenerlei Hinsicht erfolgreich, weil sie innovativ und mit grossen vertraglichen Freiheiten gemeinsam mit den Versicherern Vergütungsmodelle aushandeln können, die auf lokale/regionale Begebenheiten und die Struktur und die medizinische Ausrichtung eines Netzwerks Rücksicht nehmen. Schon heute arbeiten Netzwerke und Versicherer häufig mit verschiedenen Formen von Pauschalen. Wir lehnen enge Vorgaben für Netzwerke auch bezüglich Abrechnungsformen ab, weil sie das behindern, was Netzwerke erfolgreich macht: Innovation und Flexibilität.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
mfe	21			mfe lehnt die Ausweitung der Datenweitergabepflichten ab. Sie ist nicht nötig, um die Voraussetzungen für eine datengetriebene Versorgungssteuerung zu schaffen. Mit dem Vorschlag ritzt der Bundesrat das Arztgeheimnis, indem er in kleinen Schritten den Weg in Richtung gläserne Patienten und Ärztinnen und Ärzte einschlägt. Dagegen wehren wir uns. So weitreichende Datenfreigaben sind für die Ziele, die der Bundesrat verfolgt, gar nicht erforderlich. Widersprüchlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Daten zwar in aggregierter Form weitergeben werden sollen (Abs. 2), sie aber in einer Form geliefert werden müssen, in der gleichwohl eine Aufteilung, unter anderem auf Leistungserbringer, möglich ist.	
mfe	54			mfe lehnt Kostenziele entschieden ab. Sie entsprechen einem Globalbudget, beliebig skalierbar bis auf einzelne Leistungserbringergruppen. Welche negativen Auswirkungen solche Globalbudgets auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten haben, lässt sich z.B. in Deutschland beobachten, wo die Kosten übrigens trotz Globalbudget in vergleichbarem Masse ansteigen wie in der Schweiz. Unrealistisch ist die Vorstellung, dass Zielvorgaben ohne Auswirkungen auf die Versorgung und die Leistungen eingehalten werden können. Ohne Beschränkungen sind Zielvorgaben unter dieser Prämisse nur noch undifferenziert und unsachgerecht durch Kürzungen der Taxpunktwerte zu erreichen. Die Last der Kostendämpfung wird so einseitig auf die	

				Leistungserbringer abgewälzt, während z.B. die Nachfrageseite weder thematisiert noch problematisiert wird. Weder Versicherte noch Versicherer werden zur Verantwortung gezogen. Gegen eine dergestalt einseitige Betrachtungsweise wehren wir uns. Sie ist nicht zielführend, wird der Komplexität der Kostensteigerung nicht gerecht und wird auf mittlere und lange Sicht deshalb auch nichts zur Problemlösung beitragen. Eingriffe in Preise werden zudem immer Auswirkungen auf das Angebot und die Qualität der Versorgung haben. Eine undifferenzierte Absenkung des Taxpunktwertes in einem Kanton wird über kurz oder lang dazu führen, dass dieser für die Ansiedlung junger Hausärztinnen und Kinderärzte weniger attraktiv ist. Nach jahrelangen Bemühungen zur Stärkung der Hausarztmedizin kann so etwas nicht ernsthaft die Absicht des Bundesrats sein.	
mfe	54a			Die differenzierte Betrachtung nach Kostenblöcken macht grundsätzlich Sinn. Ohne eine Differenzierung drohen bei Korrekturen nicht beabsichtigte negative Auswirkungen, etwa Angebots- und Leistungsreduktionen am falschen Ort, auch und gerade in der Hausarztmedizin, namentlich in ländlichen Regionen. mfe fordert schon lange, praxis- und spitalambulante Entwicklungen getrennt zu analysieren und anzugehen. Damit lassen sich unsachgerechte lineare Eingriffe verhindern, die auch jene treffen, die massgeblich zur Kostendämpfung beitragen. Das gilt vor allem für die Hausarztmedizin, die nach den zaghaften tarifarischen Aufwertungen weiter zu stärken ist. Hausarztbasierte Gesundheitssysteme sind nachweislich kostengünstiger als andere. Die Absicht, die hinter der Schaffung solcher Kostenblöcke steckt, nämlich Tarifeingriffe auf kantonaler Ebene, stehen aber	

				grundsätzlich in Widerspruch zum geltenden Tarifsystem für den ambulanten Bereich, wenn die Tarifpartner einerseits verpflichtet sind, in langer Arbeit betriebswirtschaftlich sachgerechte, WZW-basierte Tarife auszuhandeln, der Bund oder die Kantone andererseits diese Tarife jederzeit unsachgerecht abändern können. Die Kostenblöcke sind ferner so auszugestalten, dass für die Bereitstellung der für die Analyse notwendigen Grundlagen keine zusätzlichen Daten notwendig sind und der Datenschutz und das Arztgeheimnis unter allen Umständen gewahrt bleiben können (vgl. Bemerkungen zu Art. 21). Einfache, fest definierte und mit bestehenden Daten definierbare Blöcke reichen aus.	
mfe	54b			Es gelten die gleichen Bemerkungen wie bezüglich der Kostenziele von Bundesseite (Art. 54): Es ist einfach nicht realistisch, einen Kostenkorridor durchzusetzen bei gleichzeitig gleichbleibender Qualität und Versorgung.	
mfe	54c			mfe lehnt die Vorgabe von Kostenzielen ohnehin ab. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass die seriöse Aufbereitung und die korrekte Analyse von komplexen Daten als Entscheidungsgrundlagen, zumal differenziert nach Kostenblöcken und Kantonen, Zeit in Anspruch nimmt. Wenn man schon datengetriebene Steuerung machen möchte, was wir aus oben genannten Gründen ablehnen, muss ausreichend Zeit bleiben für die Formulierung von Steuerungsmassnahmen, zumal diese gemäss Art. 54d partnerschaftlich verhandelt werden sollen. Nicht geklärt ist die Frage, was bei falschen Berechnungen der Datengrundlagen passiert.	

mfe	54d			Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen lehnt mfe ab. Sie sind einseitig, weil sie einzig und alleine auf der Tarifebene ansetzen, durch Anpassung der Tarifverträge, entweder durch Tarifpartner oder durch Behörden. Die Kostenentwicklung hat komplexe Gründe und viele Ursachen, die der Bundesrat gar nicht erst in Betracht zieht und stattdessen nur auf den Preis fokussiert. Keine Rede von anderen möglichen Massnahmen, seien diese eine Steuerung der Nachfrage oder des Angebots, z.B. Spitalschliessungen, Limitation von Untersuchungen und Eingriffen oder Streichungen im Leistungskatalog. Zudem missachtet dieser Vorschlag das Gebot, dass Tarife betriebswirtschaftlich korrekt errechnet werden müssen. Er verletzt damit das Kriterium der Wirtschaftlichkeit und verliert die Gesamtsicht. Die Tarifpartner haben mit Tardoc ein neues Tarifmodell eingereicht. Der Bundesrat präsentiert hier Massnahmen, bevor er Tardoc geprüft hat. Tardoc enthält ebenfalls verbindliche Korrekturmechanismen, und zwar korrekterweise gegen oben und gegen unten. Stossend ist, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin, der bzw. die tadellose,qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und zweckmässige Leistungen erbringt, wegen Kostenüberschreitungen im «eigenen» Kostenblock mit einer Minderbezahlung der gleichen Leistungen bestraft werden kann. Eine solches Vorgehen ist nicht akzeptabel.	
mfe	54e			Da mfe Kostenzielvorgaben grundsätzlich ablehnt, stimmen wir auch der Schaffung einer entsprechenden Kommission nicht zu. Für sachgerechte Korrekturen im ambulanten Tarif sind die Tarifpartner zuständig, die dem Bundesrat mit Tardoc überdies bereits verbindliche Korrekturmechanismen vorgelegt haben.	
mfe	40a	1		mfe befürwortet grundsätzlich hausarztzentrierte Modelle,	

				weshalb wir seinerzeit auch die Management-Care-Vorlage unterstützt hatten. Wir sind der Meinung, dass die Haus-und Kinderärzte dabei eine zentrale steuernde Rolle einnehmen müssen, insbesondere was die Koordination angeht. Eine Erstberatungsstelle wird, wenn sie so konzipiert ist wie vom Bundesrat vorgeschlagen, dem Managed-Care-Gedanken und der darin vorgesehenen steuernden Rolle der Haus- und Kinderärzte aber nicht gerecht, weil diese Erstberatung dann nur am Anfang einer Behandlungskette steht, anschliessend aber keine Koordinationsfunktion übernimmt. mfe votiert dabei aber für doppelte Freiwilligkeit: Der Patient soll den Arzt und allenfalls ein einschränkendes Versicherungssystem mit Prämienrabatt wählen dürfen, der Arzt soll entscheiden können, ob und für wen er die Funktion übernehmen will, als Anlaufstelle für alle oder nur als Hausarzt für seine eigenen Patienten. Dieses Modell war bisher sehr erfolgreich und wird sich auf Dauer durchsetzen. Die Pflicht, eine Erstberatungsstelle zu wählen, kann in einem staatlichen Gesundheitssystem Sinn machen, nicht aber in einem freiheitlichen wie jenem der Schweiz. Das verordnete Modell gefährdet die bisher partnerschaftlich entwickelten Hausarztmodelle. Innovation, die dadurch möglich war und ist, wird behindert. Statt mit einem Obligatorium für alle müssen die verbleibenden 30% mit anderen, zielgruppenspezifischen Anreizen gewonnen werden. Dafür bedarf es zunächst einer näheren Analyse dieser fehlenden 30% und Erkenntnisse darüber, was diese bisher davon abgehalten hat, trotz finanzieller Anreize in ein hausarztbasiertes System zu wechseln.	
mfe	40a	2		Es muss sichergestellt werden, dass pragmatische und praxiserprobte Modelle zur Triage auch in Zukunft möglich	

				bleiben. Zentral ist dabei, dass die Stelle, die diese Erstberatung macht und entscheidet, ob und welche weiteren Schritte notwendig sind, immer unter haus- bzw. kinderärztlicher Leitung stehen. Erfolgreiche hausarztbasierte Systeme zeichnen sich gerade dadurch aus, dass diese Funktion nicht ausserhalb von Haus- und Kinderarztpraxen vorgenommen wird.	
mfe	40a	3		In den Erläuterungen zählt der Bundesrat auch telemedizinische Angebote zur Erstberatung. Dabei muss bedacht werden, dass telemedizinischen Angeboten gegenüber hausarztzentrierten Angeboten ein ganz entscheidendes, auch kostenrelevantes Element fehlt: Sie kennen die Patientinnen und Patienten nicht. Zudem läuft Telemedizin der bundesrätlichen Absicht zuwider, mit der Erstberatung „koordinierende Versorgungsstellen“ zu schaffen. Bekannt ist auch, dass die Patientinnen und Patienten in der Telemedizin häufig via telefonischer Verordnung direkt an Spezialisten weitergeleitet werden, also ohne Beurteilung, ob der Haus- oder Kinderarzt das Problem hätte lösen können. Damit besteht eine Gefahr, dass telemedizinische Angebote gar kostentreibend wirken könnten. Jedenfalls müssten sie im Rahmen der Kostenkontrolle differenziert monitorisiert werden. Explizit zu klären ist unter Abs. 3 die Frage, welche Rolle die in der haus- und kinderärztlichen Praxis wichtigen MPA übernehmen, wenn es um Erstberatung und Triage unter direkter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung geht.	
mfe	40	5/6/7		mfe ist gegen eine faktische Verpflichtung, dass sich Haus- und Kinderärzte für die Liste melden. Die Kann-Formulierung in Abs. 5 lässt zwar offen, ob ein Haus- und Kinderarzt sich als Erstberatungsstelle anmelden will. Faktisch wird er das aber tun müssen, weil sonst all seine bisherigen Patienten und	

				Patientinnen eine entsprechende Stelle suchen müssen, obschon sie schon einen Haus- und Kinderarzt haben. Sollte es zu einer Verpflichtung kommen, wären alle im Kanton tätigen Haus- und Kinderärzte automatisch auf der Liste zu erfassen, um unnötigen administrativen Aufwand zu sparen. Der Arzt muss allerdings selber entscheiden können, für welche und für wie viele Patientinnen und Patienten er als Erstanlaufstelle fungieren will. Nicht geregelt sind ausserdem Fälle von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zum Beispiel an Kantonsgrenzen. In der kleinräumigen Schweiz ist es zwingend, dass auch ausserkantonale Erstberatungsstellen bezeichnet werden können. Diese Möglichkeit fehlt. Ebenfalls offen bleibt die wichtige Frage, unter welchen Bedingungen und zu welchen Zeitpunkten ein Patient die Erstberatungsstelle wechseln kann. Wenn ein Hausarzt steuern und koordinieren soll und die Patientin einfach ausweichen kann, indem er eine andere Erstberatungsstelle wählt, ist das System nicht erfolgversprechend. Zudem besteht auch bei diesem Modell die Gefahr, dass einzelne Patientinnen und Patienten die Erstberatungsstelle nur aufsuchen, um eine Weiterverweisung zu bekommen. In diesem Fall würde das unnötig Mehrkosten generieren. Und schliesslich ist zu klären, was mit Versicherten passiert, die von keiner Erstanlaufstelle betreut werden wollen. Der Bundesrat will gemäss Abs. 7 die Voraussetzung regeln, damit eine solche Anlaufstelle bestimmt werden kann. Was aber, wenn der Grund für die Ablehnung durch andere Stellen das "schlechte Risiko" ist? Und: Unter welchen Voraussetzungen kann sich eine Erstanlaufstelle von einem Patienten wieder trennen?	

mfe	40b	2		Was ein Notfall ist, wird zunächst immer den Patientinnen und Patienten definiert. Eine abschliessende, in der Praxis handhabbare Definition dessen, was retrospektiv als Notfall anerkannt werden soll und was nicht, ist nicht realistisch. Steuerung ist hier zudem kaum möglich, solange die Spitäler eine entsprechende Aufnahmepflicht haben.	
mfe	40b	4		Weitere Ausnahmen, in denen eine Überweisung via Erstberatungsstelle nicht nötig ist, untergraben die Idee der Erstberatungsstelle und sind deshalb nicht sinnvoll. Ihre nähere Bezeichnung müsste sehr restriktiv ausfallen. Nicht verhindert werden zudem so genannte «Querüberweisungen» von einem Spezialisten zum nächsten. Die Möglichkeit von «Querüberweisungen» unterlaufen die wichtige Koordinationsfunktion einer Erstanlaufstelle und damit ihr Potenzial zur Kostendämpfung. Realisieren lässt sich ein solches Potenzial nur dann, wenn die Erstberatung im Sinne von Managed-Care-Modelle eine Steuerungsfunktion übernimmt und den Überblick über die gesamte Behandlungskette behält.	
mfe	40c			mfe steht den vorgesehenen Pauschalen skeptisch gegenüber. Wir lehnen sie ab, weil der Hausarzt bzw. die Kinderärztin grundsätzlich für das adäquat bezahlt werden soll, was er bzw. sie leistet. Zudem stellt sich die Frage, ob im Rahmen der Erstberatung dann auch zusätzliche Leistungen verrechnet werden könnten oder es dafür zwingend eine Folgekonsultation braucht. Ist es wie in Deutschland, dann beginnt die Pauschale beim Erstkontakt und gilt für den ganzen Zeitraum, unbesehen wie oft eine Konsultation notwendig ist. Erstberatungen sind in diesem Fall sehr eindeutig und eng von Konsultationen abzugrenzen. Sollte eine Pauschale eingeführt werden, braucht es also eine	

				klare Definition, was die Erstberatung beinhaltet, ob sie limitiert ist, wie hoch sie ausfällt. Die Erstberatung durch einen Haus- oder Kinderarzt, eingebunden in eine Praxis und mit langfristigen Patientenbeziehungen, ist von ganz anderer Qualität als eine Telefonberatung, welche ohne Kenntnis der Patientin und ihrer Vorgeschichte und lediglich anhand eines Algorithmus erfolgt. Dieser Qualtitätsunterschied müsste auch tarifarisch abgebildet werden. Um Risikoselektion zu verhindern, müsste zudem eine Form von Risikoausgleich stattfinden. Zudem muss auch definiert werden, was in (seltenen) Fällen passiert, in denen ein Patient die Erstberatungsstelle «missbräuchlich» kontaktiert (zu oft und unnötig, aus anderen als medizinischen Gründen, z.B. Einsamkeit etc.). Die Pauschale ist in solchen Fällen massiv zu niedrig, während der Patient selber für sein Verhalten keine negativen finanziellen Konsequenzen zu gewärtigen hat, weil die Kostenbeteiligung für Erstberatungen entfällt (vgl. Art. 64 Abs. 7 Bst. c).	
mfe	40d			Die freie Wahl durch die Patientinnen und Patienten widerspricht dem hausarztbasierten System. Der Hausärztin oder die Kinderärztin verliert die Übersicht und ist nicht in die Behandlungsprozesse involviert. Damit unterläuft diese Regelung die Steuerungs- und Koordinationsfunktion, die im hausarztbasierten System zentral ist und wesentlichen Anteil an der hohen Qualität und seiner kostendämpfenden Wirkung hat. Dem Phänomen des teuren «Doctor-Shoppings» kann so nicht begegnet werden.	
mfe	64	7	c	Vgl. Ausführungen zu Art. 40c bezüglich missbräuchlicher Inanspruchnahme der Erstberatungsstelle.	
mfe	35	2	o	mfe begrüsst zwar grundsätzlich die interprofessionelle Stossrichtung, die hinter dieser Idee steht. Dafür ist aber keine	

				neue, enge Regulierung der Netzwerke nötig. Interprofessionelle Zusammenarbeit muss anderweitig gefördert werden. Das Erfolgsgeheimnis von Netzwerken besteht ja gerade darin, dass diese innovativ und flexibel, mit einzelnen Versicherungen und nach regionalen Bedürfnissen entstehen und wachsen können. Betonen wollen wir an dieser Stelle, dass auch in Netzwerken immer sichergestellt sein muss, dass sie hausarztzentriert geführt und koordiniert werden, also Haus- und Kinderärzte Entscheide über Behandlungswege mittragen. Zudem müssen die Haus- und Kinderärzte weiterhin freie Wahl haben, ob sie sich einem Netzwerk anschliessen wollen oder nicht.	
mfe	36b			Die Definition dessen, was ein Netzwerk ist, fällt im Vorschlag sehr kompliziert und abschreckend aus. Ein Netzwerk, das den skizzierten Voraussetzungen entspricht, existiert heute gar nicht. Die heute betriebenen Netzwerke verdanken ihren Erfolg gerade der Freiheit, sich selber zu konstituieren, abgestimmt auf die regionalen Begebenheiten und frei, mit welchen Partnern oder Versicherern. Dieser Spielraum für Innovation muss zwingend erhalten bleiben, was uns mit Blick auf die vorgeschlagene Definition nicht gegeben scheint. Noch offen lässt der Bundesrat die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Netzwerk als solches zugelassen wird. Das soll auf Verordnungsebene geregelt werden. Diese Bedingungen sind zentral und müssen deshalb vorher bekannt sein. In Anbetracht der Situationen in vielen Praxen ist namentlich die vorgesehene Verpflichtung zum EPD nicht haltbar. Wir haben uns in dieser Sache stets für die doppelte Freiwilligkeit ausgesprochen. Die Verpflichtung kommt einem EPD-Obligatorium gleich, das wir immer abgelehnt haben. mfe setzt sich stark für eHealth ein, die Realität sieht heute in vielen Praxen aber immer noch anders aus, nicht wenige Arbeiten mit Papier. Diese einfach per se von Netzwerken auszuschliessen, ist nicht	

				zielführend, sondern verhindert die Entwicklung von Netzwerken. Zudem sind auch die technischen Grundvoraussetzungen noch immer nicht gegeben, damit ein EPD erfolgreich und flächendeckend eingeführt werden könnte.	
mfe	48a			Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den Freiheiten der Vertragspartner, Verträge individuell zwischen Netzwerken und Versicherungen abzuschliessen. Diese Verträge enthalten schon heute Pauschalen zur Entschädigung der Netzwerke für ihre Arbeit. Es ist weder zielführend noch einzusehen, nun den Tarifpartnern anstelle der Vertragspartner die Aushandlung von Abgeltungsmodellen zu überantworten. Das ist gar nicht nötig, behindert Innovation und Flexibilität und damit eigentliche Kernelemente heutiger erfolgreicher Netzwerke.	
mfe	25	2	h, i	mfe setzt sich seit jeher stark für Interprofessionalität ein. Echte Interprofessionalität setzt aber voraus, dass grundsätzlich alle und nicht nur einzelne Berufsgruppen involviert bzw. wahlweise ergänzt werden. Die ausdrückliche Bezeichnung einer einzelnen zusätzlichen Berufsgruppe ist weder zielführend noch wünschenswert, sondern widerspricht dem Grundgedanken von Interprofessionalität.	
mfe	33	3bis		mfe spricht sich schon lange gegen krankheitsspezifische Programme aus. Medizin, und namentlich die haus- und kinderärztliche Medizin, arbeitet patientenspezifisch, mit Menschen im Mittelpunkt und nicht mit Krankheiten. Dass der Bundesrat krankheitszentrierte Programme vorschlägt, erstaunt auch deshalb, weil sich das BAG schon vor längerer Zeit davon verabschiedet hat, krankheitsspezifische Strategien zu machen, wie dies früher häufig der Fall war. Programme sollten, wenn schon, die strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit sichern, so wie das bereits heute in vielen interprofessionellen	

				Qualitätszirkeln getan wird.	
mfe	42	2		mfe begrüsst diesen Schritt grundsätzlich. Die Massnahme ist mit grosszügig bemessener Übergangsfrist aber so auszugestalten, dass insbesondere ältere Hausärzte und Kinderärztinnen, die nach wie vor einen wesentlichen Teil der Grundversorgung abdecken, nicht benachteiligt werden. Zudem bezweifeln wir die kostendämpfende Wirkung einer solchen Massnahme. Sie müsste wenn schon bei den Versicherern administrativen Aufwand sparen und dort kostenwirksam werden.	
mfe	42a	2, 3		mfe begrüsst die Möglichkeit, die der Bundesrat damit schaffen will, nämlich die Versichertenkarten auch elektronisch auszustellen. Angezeigt sind dabei Smartphone-kompatible Applikationen. Zu klären sind allerdings die Voraussetzungen für das Lesen der Karten in den Praxen.	
mfe	32	3		Der Bundesrat beabsichtigt, sich selber mehr Kompetenzen im Bereich von WZW-Überprüfungen geben zu lassen, namentlich was die Häufigkeit und den Umfang derselben betrifft. Diese Kompetenz lag bisher bei tarifsuisse, ebenso die Festlegung der entsprechenden Methoden. mfe lehnt die geplante Verschiebung der Kompetenzen ab. Diese gehört wie bisher in die Hände der Tarifpartner, die die Methoden der WZW-Überprüfungen regelmässig überarbeiten und für die Tarifpflege verantwortlich sind. Mit Tardoc haben sie auch verbindliche Massnahmen eingereicht, wie Korrekturen im Tarif vorgenommen werden müssen. Wir sind der Meinung, dass der Bund nicht ohne Not tarifpartnerschaftliche Bestrebungen untergraben und Aufgaben selber übernehmen sollte. In jedem Fall muss sichergestellt sein, dass WZW-Überprüfungen nie ohne die Beteiligten erfolgen dürfen.	

mfe	41			Dass der Patient das Spital frei wählen kann, widerspricht jeder bisher gehandhabten Steuerung in Netzwerken, die der Bundesrat insbesondere bezüglich ihrer koordinierenden Aufgaben stärken möchte. Die Begleitung des Patienten und die Koordination der Behandlungskette wird nicht einbezogen. Dies läuft der Absicht des Bundesrats zu wieder, mit dieser Vorlage hausarztbasierte, koordinierte Systeme mit Blick auf ihre kostendämpfende Wirkung zu stärken.	

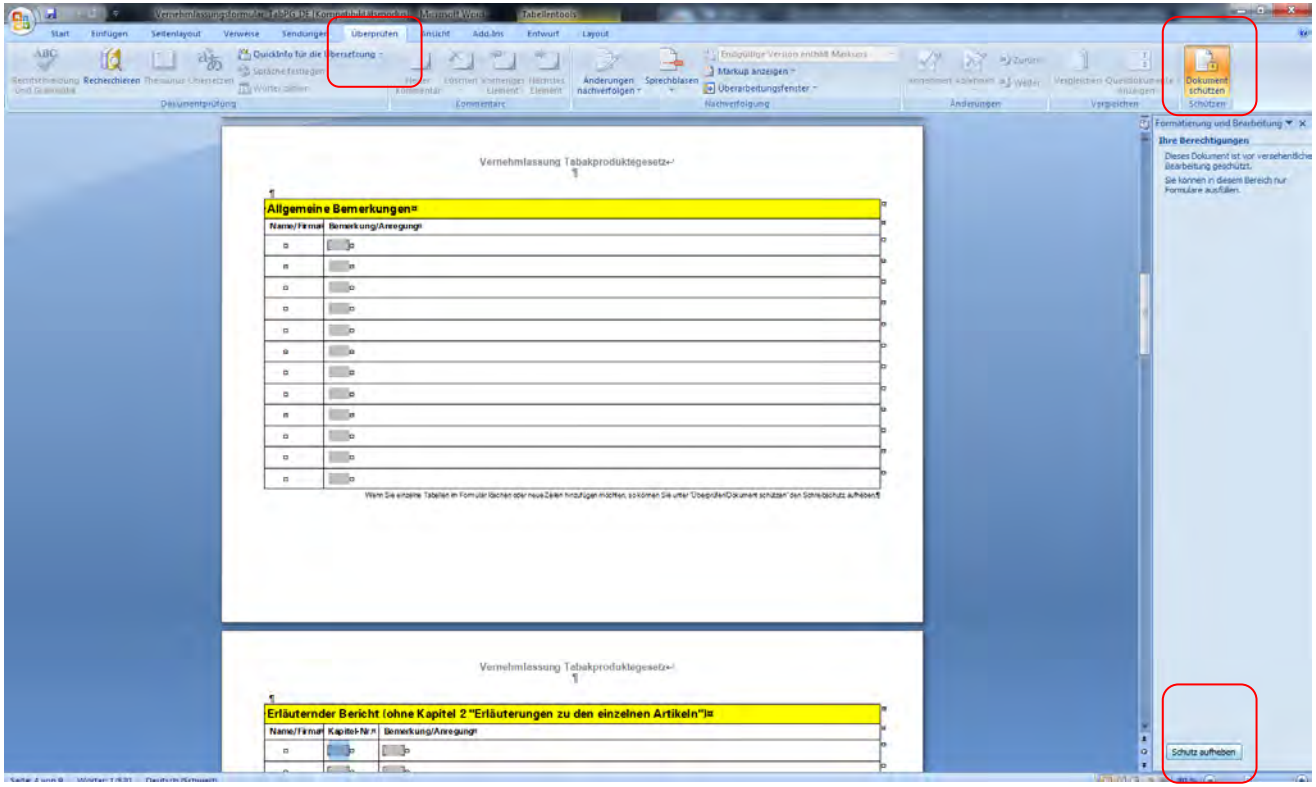
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge	

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

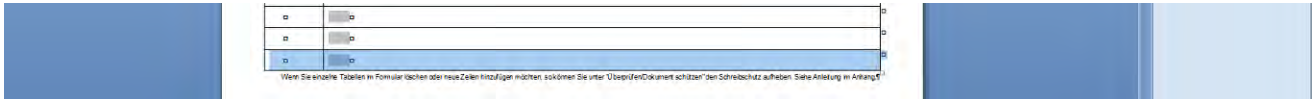
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



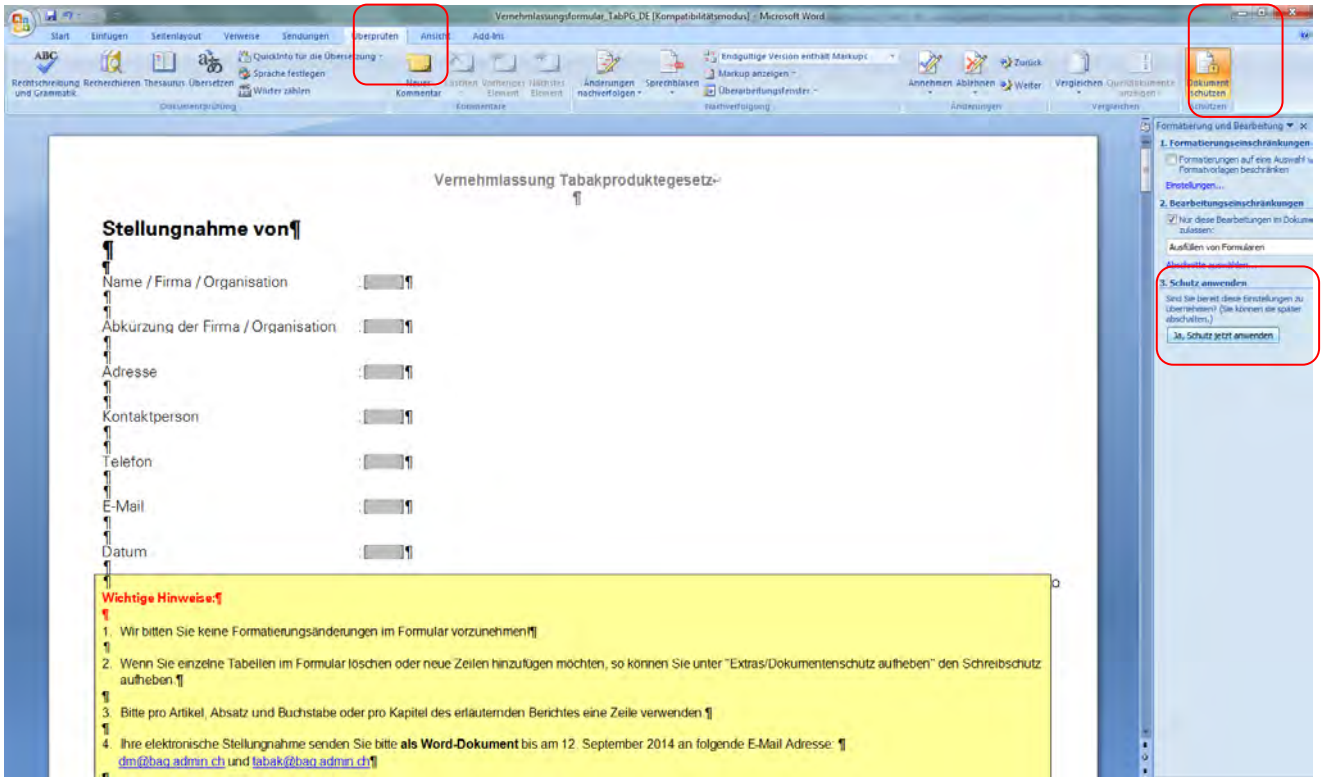
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Erlauben Sie mir bitte, dass ich als Einzelperson (vom Fach) Ihnen zu Ihrem obgenannten Vorschlag meine Gedanken mitteile.

Sollten Sie mit Ihrem heute publizierten Vorschlag erfolgreich sein, so wird das schweizerische Gesundheitswesen meines Erachtens schlechter und teurer. Ihre Strategie würde (ebenfalls meines Erachtens) folgende Konsequenzen haben:

- eine Gefährdung von PatientInnen, die dringend medizinisch betreut werden sollten (=> deutliche Verschlechterung der *akut*-medizinischen Betreuungsqualität in der Schweiz)
- eine Gefährdung der chronisch kranken Patienten (=> massive Reduktion der medizinischen Betreuungsqualität von *Chonisch*kranken)
- einen erheblichen zusätzlichen administrativen Aufwand (=> massivste zusätzliche Kosten)
- den Verlust der direkten freien Arztwahl in der Schweiz
- eine weitere Förderung Mehrklassen-Staatsmedizin in der Schweiz (=> höchst unsozial (!), die v.a. die ärmere Bevölkerung betroffen sein wird)

Ich bin ein ausgesprochener Allrounder, d.h. Hausarzt und Spezialist mit entsprechender Fachkompetenz in Allgemeiner Innerer Medizin, Kardiologie und Immunologie. Als Assistenzarzt war ich jeweils mind. 1 Jahr auf der Pathologie (USZ), Allgemeinchirurgie (KS Winterthur), ORL (KSSG), Innere Medizin (2 1/2 Jahre USZ), Kardiologie (2 1/2 Jahre USZ & Stanford), Kardiovaskuläre und immunologische Forschung (3 Jahre: Uni ZH und Stanford Univ). In der Folge arbeitete ich während 23 Jahren als Oberarzt, leitender Arzt und Chefarzt am Inselspital in Bern.

Die in der Schweiz lebende Bevölkerung möchte möglichst optimal (d..h. nicht unbedingt "maximal") betreut werden. Ich mache mir grösste Sorgen über die Tatsache, wie das Gesundheitswesen in der Schweiz zusehends verökonomisiert und verstaatlicht wird. Dies ist ganz klar entgegen den Interessen der PatientInnen. Die Gesundheit ist das grösste Gut des Menschen. Für das Gesundheitswesen verwenden wir in der Schweiz pro Haushalt und Jahr gleich viel Geld, wie für die "Lokomotion" (öV und privater Verkehr), dem Catering (Restaurant-Besuche, Hotels, Ferien) und die Telekommunikation (Handy's, PC's, TV, Telefonie). - Ich frage Sie sehr geehrter Herr Bundesrat höflich, was ist wirklich wichtig im Leben ?

Mit freundlichen Grüssen, Paul Mohacsi

Prof. Dr. med. Paul Mohacsi, MBA, stud ius, FHFA, FESC, FACC
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie
Vorstandsmitglied der oec.alumni.uzh
Section editor für mechanische Kreislaufunterstützung (J Heart Lung Transplant)
HerzGefässZentrum Zürich
Klinik im Park
Seestrasse 247
CH - 8038 Zürich
Tel: +41 44 209 21 19 (direkt)
Tel: +41 44 209 29 30 (Sekretariat)
Fax: +41 44 209 29 26 (Fax)
Tel: +41 79 213 07 07 (Handy)

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: mws medical women switzerland – ärztinnen schweiz
Abkürzung der Firma / Organisation	: mws
Adresse	: Stampfenbachstrasse 52
Kontaktperson	: Frau RA lic. iur. Judith Naef, Geschäftsführerin mws
Telefon	: 044 714 72 30
E-Mail	: sekretariat@medicalwomen.ch
Datum	: 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen Fehler! Textmarke nicht definiert.

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 6

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
mws	Besten Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2): Die mws medical women switzerland – ärztinnen schweiz begrüsst grundsätzlich die Bemühungen des Bundes, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen kritisch zu verfolgen und, wo immer möglich und nötig, Massnahmen vorzuschlagen. Die im Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 vorgeschlagenen Massnahmen lehnen wir jedoch entschieden ab. Die vorgeschlagenen Massnahmen unterbinden die medizinische Innovation und schränken die freie Arztwahl massiv ein. Mit den Massnahmen verlagern sich die Zuständigkeiten immer mehr in Richtung des Bundes. Es droht damit eine Verstaatlichung des Gesundheitssystems und eine Bevormundung der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer. Ausserdem gefährden die Massnahmen die Qualität des Schweizerischen Gesundheitssystems. Statt der Einführung von Obligatorien und der Vorgabe von Kostendächern braucht es Überzeugung und Anreize für alle Beteiligten; das steigert nachweislich die Qualität und senkt in der Folge auch Kosten. Wir verzichten auf eine detaillierte Beurteilung der einzelnen Gesetzesänderungen und äussern uns im Folgenden allgemein zu einigen konkreten Punkten der Vorlage.
	1. Einführung einer Zielvorgabe Beim System der Zielvorgabe handelt es sich um jenes Element im Kostendämpfungspaket, das die einschneidendsten Folgen für das Gesundheitswesen haben kann. Mit diesem Instrument wird in die bestehende Zuständigkeitsordnung eingegriffen und die Zuständigkeiten verlagern sich immer mehr in Richtung des Bundes. Es handelt sich hierbei um ein stark regulatorisches Mittel, mit welchem man sich an eine Staatsmedizin annähert und den Leistungswettbewerb aufs Spiel setzt. Die Schweiz hat traditionell jedoch eine gänzlich andere Auffassung von staatlichen Aufgaben als Länder mit einer Staatsmedizin. Die Schweizer Bevölkerung hat sich sodann stets für das geltende Krankenversicherungsmodell mit den Wettbewerbselementen ausgesprochen. Der Bundesrat sollte so wenig wie möglich in die Tarifpartnerschaft eingreifen. Je mehr die Bundeskompetenzen im Krankenversicherungsbereich ausgebaut werden, desto mehr wird der Leistungswettbewerb und damit das Modell des regulierten Wettbewerbs geschwächt. Mit der Einführung einer Zielvorgabe gibt der Staat (Bund und Kantone) ein Kostendach vor. Die Versicherer und Leistungserbringer haben vor Festlegung dieses Kostendachs zwar ein Anhörungsrecht. Es geht dabei aber lediglich um ein Anhörungsrecht, welches den Leistungserbringern kaum dabei helfen wird, höhere Kostenrahmen zu verhandeln. Es handelt sich damit de facto um staatliche Vorgaben, die nicht verhandelbar sind. Die Einführung einer Vorgabe zur Erreichung des Kostenziels hat zwangsläufig eine Rationierung der Leistungen zur Folge, da sie nicht

	kostendeckend erbracht werden könnten. Dies wiederum führt zu Wartelisten und gefährdet die medizinische Versorgung. Dadurch wird sich die Qualität des Gesundheitswesens unausweichlich verschlechtern. Zudem würde die Erreichung der Kostenziele bedingen, dass Versicherer und Leistungserbringer vorgängig die zu ergreifenden Massnahmen vereinbaren, falls diese Kostenziele nicht erreicht werden. Falls die Kosten steigen, soll den Tarifpartnern die Möglichkeit gegeben werden, sich auf kostendämpfende Massnahmen zu einigen. Eine solche Einigung ist aber illusorisch. Wenn die Tarifpartner sich nicht auf eine Massnahme einigen, hat der Kanton fixe Preise und Tarife festzusetzen. Dies läuft wiederum auf eine Verstaatlichung des Gesundheitssystems hinaus. Zum Vorneherein steht fest, dass es im Endeffekt die Leistungserbringer sind, die sich anpassen müssen. Eine Annahme des Systems der Zielvorgabe würde zu einer Bevormundung sowohl der Kantone als auch der Leistungserbringer führen und sich letztendlich zuungunsten der Patientinnen und Patienten auswirken. Aus diesen Gründen lehnen wir Art. 54 E-KVG, die Einführung von Kostenzielen, und die damit zusammenhängenden weiteren Artikel, namentlich Art. 54a, 54b, 54c, 54d und 54e E-KVG, ab.
	2. Einführung einer Erstberatungsstelle Künftig sollen sich alle Menschen in der Schweiz bei gesundheitlichen Problemen zuerst an eine Erstberatungsstelle wenden, zum Beispiel eine Hausärztin oder einen Hausarzt, eine HMO-Praxis oder ein telemedizinisches Zentrum. Die Stelle soll abschliessend entscheiden, ob und welche weiteren Leistungen die versicherte Person beanspruchen kann. Die Erstberatungsstelle erhält damit die Rolle des Türstehers (Gatekeepers) beim Zugang zu diesen Leistungen. Dieses Gate-Keeping-Modell wurde bisher von den Krankenkassen als freiwilliges Versicherungsmodell den Versicherungsnehmerinnen und -nehmern angeboten und mit einer entsprechenden Prämienreduktion belohnt. Das Modell soll in Zukunft aber das ordentliche, obligatorische Versicherungsmodell für alle werden. Durch dieses Modell wird die freie Arztwahl erheblich eingeschränkt. Auch wenn heute 70% der Versicherten auf freiwilliger Basis bereit sind, diese Wahlfreiheit einzuschränken, so handelt es sich dabei überwiegend um jüngere und gesunde Versicherte, welche sich bewusst für dieses Modell entscheiden. Zudem haben sie das Wissen, dass sie stets die Möglichkeit haben, auf die uneingeschränkte Grundversicherung zu wechseln. Diese Freiwilligkeit bei der Entscheidung für ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl soll künftig durch ein Obligatorium abgelöst werden. Dadurch wird das bisher äusserst erfolgreiche, auf Freiwilligkeit basierende Hausarztmodell gefährdet. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung führt zu einer Bevormundung von mindestens jenen 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen. Ein solcher Zwang bzw. eine solche Bevormundung der Versicherten sowie die damit einhergehende Einschränkung der freien Arztwahl kann nicht zielführend sein. Mit dem Obligatorium einer Erstberatungsstelle wird nicht nur die freie Arztwahl gefährdet, sondern es besteht auch die Gefahr der Benachteiligung aller Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle fungieren bzw. nicht als solche anerkannt wurden. Zudem ist fraglich, ob diese Massnahme tatsächlich zu einer Kosteneinsparung führt. Der Bundesrat erhofft sich davon zwar Einsparungen durch

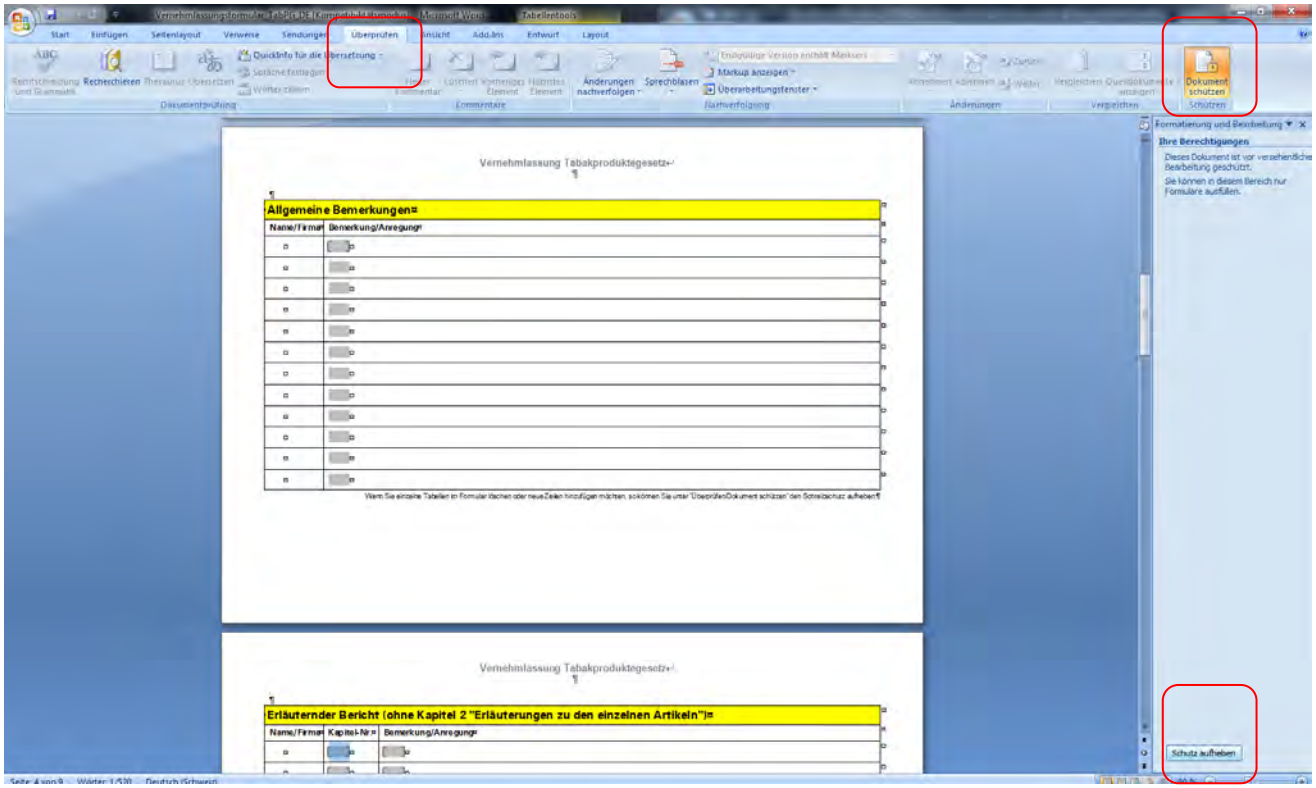
	das Vermeiden von unnötigen Untersuchungen und Behandlungen. Allerdings ist der Arzt bzw. Ärztin der Erstanlaufstelle gehalten, in einem Zweifelsfall den Patienten/die Patientin an eine/-n Spezialistin/Spezialisten weiterzuverweisen. Hier spielt das Übernahmeverschulden eine entscheidende Rolle: Führt der beratende Arzt seine Diagnose zwar nach bestem Wissen und Gewissen durch, verfügt er aber nicht über das notwendige Fachwissen, haftet er trotzdem für Schäden. Darum wird ein Patient oder eine Patientin im Zweifelsfall überwiesen werden und man kann davon ausgehen, dass das Einsparungspotenzial eher klein ist. Allenfalls entstehen wegen der zusätzlichen Zwangskonsultation sogar höhere Kosten. Unseres Erachtens muss es auch in Zukunft Wahlmöglichkeiten bei den Versicherungsmodellen geben und alle Ärztinnen und Ärzte müssen ohne Hindernisse konsultiert werden können. Aus den oben genannten Gründen lehnen wir Art. 40a E-KVG und die damit zusammenhängenden weiteren Artikel, namentlich Art. 40b, 40c und 40d E-KVG, ab.
	3. Stärkung der koordinierten Versorgung Das System der koordinierten Versorgung stellt aus unserer Sicht eine logische Folge des Systems der Erstberatungsstelle dar. Patientinnen und Patienten sollen in umfassender Weise in Disease-Management-Systemen oder Netzwerken betreut werden. Dies kann im Einzelfall sinnvoll sein, beispielsweise für multimorbide Patientinnen und Patienten. Allerdings muss es unseres Erachtens für die Patienten freiwillig sein, ob sie sich auf diese Art und Weise betreuen lassen möchten. Mit Art. 36 b E-KVG wird der Bund ermächtigt, die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke festzulegen, die Leistungen zu bezeichnen, die diese erbringen dürfen und die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI zu regeln. Die Schaffung solch umfassender Kompetenzen für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke auf Verordnungsstufe ist abzulehnen. Da die Versorgungs-Netzwerke voraussichtlich in Zukunft als Standard agieren werden, birgt auch diese Massnahme – wie die Massnahme der Erstberatung – wiederum die Gefahr einer gewissen Bevormundung durch den Staat. Dies gilt es zu vermeiden. Für die Patienten muss es zumindest die Möglichkeit geben, sich diesem System der koordinierten Versorgung nicht anzuschliessen. Auch hier sollte vielmehr auf Freiwilligkeit gesetzt werden. Wir lehnen den Art. 36b E-KVG und weitere mit der koordinierten Versorgung zusammenhängende Artikel in der Vorlage, namentlich Art. 35 Abs. 2 Bst. o und Art. 48a E-KVG, ab.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

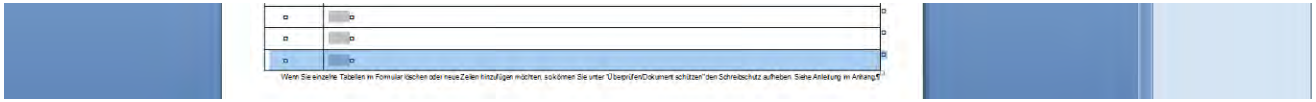
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



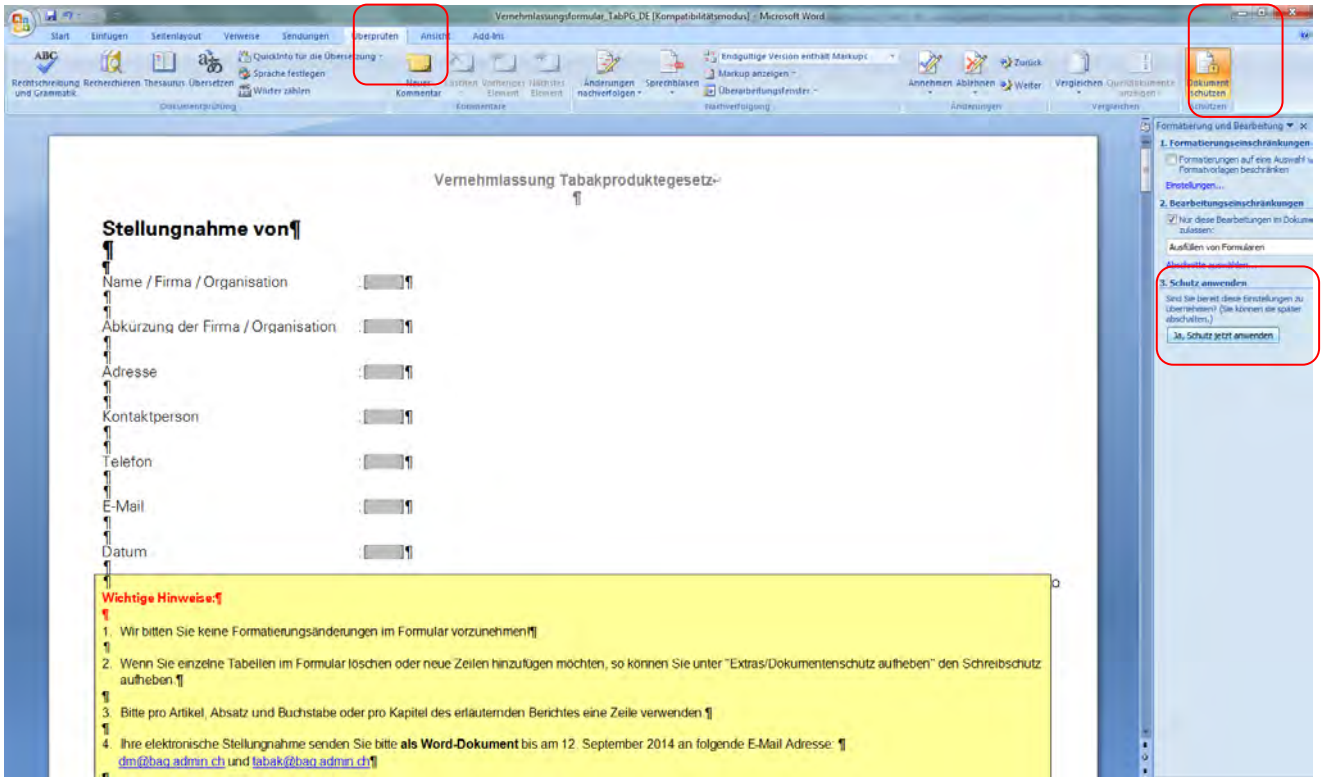
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. S. Gisler Sáenz, novaderm SA

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Obstgartenstrasse 3, 8910 Affoltern am Albis

Kontaktperson : Dr. med. S. Gisler Sáenz

Telefon : 044 763 14 44

E-Mail : novaderm@hin.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermatologische Praxis xxxxx	Als Facharzt Fachärztin für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der

	Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer

	möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis xxxxx	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dermatologische Praxis xxxxx	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologische Praxis xxxxx	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologische Praxis xxxxx	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dermatologische Praxis xxxxx	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	

Dermatologische Praxis xxxxx	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dermatologische Praxis xxxxx	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologische Praxis xxxxx	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologische Praxis xxxxx	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt.	

				Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologische Praxis xxxxx	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermatologische Praxis xxxxx	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin

Abkürzung der Firma / Organisation : OdA AM

Adresse : Wengistrasse 11, 4500 Solothurn

Kontaktperson : Heidi Schönenberger, Präsidentin Od AM

Telefon : 071 344 47 69

E-Mail : heidi.schoenenberger@oda-am.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen Fehler! Textmarke nicht definiert.

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
OdA AM	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Kostendämpfungspaket II Stellung zu nehmen. Die OdA AM als Dachverband von Berufs- und Fachverbänden Gesundheitswesen und Trägerorganisation zur Durchführung der Höheren Fachprüfung für Naturheilpraktiker mit eidg. Diplom, vereint 9 Verbände mit insgesamt rund 3'000 Fachpersonen im Gesundheitswesen. Die OdA AM hat durch Ihre Aufgaben eine wichtige Rolle im Bereich der nichtärztlichen Leistungserbringer im Bereich der Komplementärmedizin. Die OdA AM hat geprüft, ob die Vorlage geeignet ist, die Komplementärmedizin besser im Gesundheitswesen zu verankern oder ob das Gegenteil eintreten wird. Die OdA AM hat generelle Bedenken. Deshalb beschränken wir uns bei unserer Eingabe auf generelle Analysen pro Massnahme und verzichten auf Detailkommentare der Gesetzesvorschläge. Aufgabe der OdA AM ist es, für eine bessere Verankerung der nichtärztlichen Komplementärmedizin im Gesundheitswesen zu sorgen. Wir setzen uns für eine integrative Medizin ein, welche die Vorteile der Schul- und der Komplementärmedizin miteinander verbindet. Dies ist im Interesse der vielen Patient*innen, welche komplementärmedizinische Behandlungen explizit wünschen und diese vorbehaltlos und mit guter Wirkung nutzen.
OdA AM	**Kostenziele: Ablehnung** Die jährliche Festlegung eines nationales Gesamtkostenziels sowie kantonaler ambulanter und stationärer Kostenziele entspricht de facto einem Globalbudget. Damit wird die Versorgung nicht verbessert, höchstens verschleppt oder verschlechtert. Eine Rationierung von Leistungen auf Kosten der Patient*innen lehnen wir ab. Ungelöst ist die Frage, was in der zweiten Jahreshälfte passiert, wenn ein Hausarzt oder eine Hausärztin das Kostenziel erreicht oder überschritten hat. Sind ihre Patienten gezwungen, mit der Behandlung zuzuwarten oder müssen sie gegebenenfalls einen anderen Arzt aufsuchen? In der Komplementärmedizin ist das Arzt-Patientenverhältnis zentral. Müssen die Leistungen auf mehrere Leistungserbringer verteilt werden, so sinkt die Beziehungsqualität und der Koordinationsaufwand steigt. Der bundesrätliche Vorschlag, wonach die Tarifpartner bei Kostenüberschreitungen die Tarife senken, widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Werden die Leistungen wirtschaftlich erbracht, so sind Tarifanpassungen abzulehnen, welche Kostensenkungen als einziges Ziel haben.
OdA AM	**Erstberatungsstelle: Ablehnung** Wir lehnen die Verpflichtung zu einer Erstberatungsstelle, die von einer Hausärztin / einem Hausarzt übernommen werden muss, ab. Erstens wird

	die Verpflichtung der Tatsache nicht gerecht, dass sich bereits 70 Prozent aller Versicherten für ein alternatives Versicherungsmodell mit einem Triagemechanismus entschieden haben. Es wäre falsch, ein bewährtes System für 30 Prozent aller Grundversicherer umzuwälzen. Wir könnten das Modell unterstützen, wenn die Erstberatung im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht nur von ärztlichen Grundversorgern übernommen werden könnte. Aus unserer Sicht ist es nicht notwendig, dass immer eine Ärztin oder ein Arzt die Erstberatung übernehmen muss. In integrierten, interprofessionell arbeitenden Netzwerken können weitere Gesundheitsfachpersonen diese Aufgabe übernehmen. Wir denken hier an Naturheilpraktiker*innen mit eidgenössisch anerkanntem Diplom, an Apotheker*innen (idealerweise mit Zusatzausbildung in Methoden der Komplementärmedizin) oder Advanced Practice Nurses APN. Die erstgenannten Berufsgruppen übernehmen de facto schon heute Aufgaben der Grundversorgung. Sie in Netzwerken besser einzubinden und zur Erstberatung zuzulassen, könnte einen effektiven Beitrag an eine Kostendämpfung bringen. Wir möchten betonen, dass komplementärmedizinisch tätige Hausärzt*innen schon heute de facto die Aufgabe der Erstberatungsstelle übernehmen. Seit längerem ist die Nachfrage an ärztlicher Komplementärmedizin höher als das Angebot. Entsprechend können viele Anbieter keine neuen Patienten aufnehmen, teilweise führen sie Wartelisten. Aus diesem Grund ist es für komplementärmedizinischtätige Ärzt*innen kaum erstrebenswert, die zusätzliche Aufgabe der Erstberatung für alle Patienten zu übernehmen, welche die Komplementärpraxis unabhängig davon wählen, ob sie bereits Patient sind oder nicht. Der bundesrätliche Vorschlag führt für Patient*innen, deren Leistungserbringer keine Erstberatung übernehmen können, zur Aufhebung des Vertragszwangs. Zu vermuten ist auch, dass die Pauschaltarife gegen das Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung verstossen. Es werden Anreize geschaffen, die Patient*innen möglichst rasch «abzufertigen», was dem Wesen der Komplementärmedizin widerspricht und dem Outcome schadet
OdA AM	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Ablehnung mit Vorbehalt** Die OdA AM unterstützt im Grundsatz die Bildung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Sie bilden eine Chance, die interprofessionellen Skills verschiedener Fachrichtungen zu Gunsten der Patient*innen besser einzusetzen. Der Vorschlag, wonach die Netzwerke eigenständige Leistungserbringer werden und über Pauschalen abrechnen, die für alle Netzwerke gleich sind, lehnen wir aber ab. Die vorgeschlagenen Betriebsauflagen schränken die Freiheiten der Netzwerke stark ein und müssen als innovationshemmend eingestuft werden. Auch die national einheitliche Regulierung durch die Tarifpartner könnte investitions- und innovationshemmend wirken. Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den Freiheiten der Vertragspartner, individuelle Verträge zwischen Netzwerken und Versicherungen abzuschliessen. Diese Freiheiten werden mit dem Vorschlag unnötig eingeschränkt.
OdA AM	**Programme der Patientenversorgung: Ablehnung mit Vorbehalt** Bei den Programmen zur Patientenversorgung ist aus unserer Sicht unklar, ob immer Ärztinnen und Ärzte die Leitung haben und entsprechend die Verantwortung für die Leistungen übernehmen. In den Erläuterungen steht: «Andere spezifische Programmleistungen können von nicht-ärztlichen

	Leistungserbringern nach KVG erbracht werden, ohne dass diese Leistungen im konkreten Einzelfall ärztlich angeordnet werden müssen.» Wir sind im Grundsatz einverstanden, dass ausgewählte Programmleistungen von nicht-ärztlichen Leistungserbringern wie Naturheilpraktiker*innen mit eidgenössischem Diplom oder Apotheker*innen erbracht werden können. Vorgängig ist aber festzulegen, wer die Verantwortung für die Leistungen übernimmt. Auch sicherzustellen ist, dass in der Krankengeschichte alle Programmleistungen inklusive der ausführenden Fachperson in der elektronischen Krankengeschichte erfasst werden, die von allen am Behandlungsprozess involvierten Gesundheitsfachpersonen geteilt wird.
OdA AM	**Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung: Ablehnung** Der KVG-Auftrag nach einer periodischen Überprüfung der Leistungen wurde seit der Einführung des KVG nie systematisch umgesetzt. Der neue Zusatz bringt keinen Mehrwert, wonach der Bundesrat die Einzelheiten der periodischen Überprüfung regelt, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Der Bundesrat hat diese Kompetenzen schon heute, er hat aber in der Vergangenheit nicht davon Gebrauch gemacht, was vom Parlament geduldet wurde. Falls Artikel 32 geändert werden soll, dann hat der Gesetzgeber die Inhalte der delegierten Materie und die Häufigkeit der Überprüfungen auf Stufe Gesetz festzulegen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation :Philip Onderka, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

Abkürzung der Firma / Organisation : PO

Adresse : Praxis, Bärenfelserstrasse 40, 4057 Basel

Kontaktperson : Philip Onderka

Telefon : 061 222 22 62

E-Mail : philip.onderka@hin.ch

Datum : 12. November 2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
PO	PO spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
PO	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
PO	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
PO	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
PO	MEI wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
PO	21	2		PO wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. PO ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

PO	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
PO	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
PO	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
PO	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
PO	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
PO	41a				Analog 40a-d anzupassen.
PO	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

PO	42	3ter		Es gibt immer noch Kollegen, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
PO	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
PO	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Consultazione

Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2) come controprogetto indiretto all'iniziativa popolare federale "Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)"

Il Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT) ringrazia per la possibilità di potersi determinare in merito al secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi proposte dal Consiglio federale e messe in consultazione dal 19.8.2020 al 19.11.2020.

I. In generale

Le proposte del secondo pacchetto di misure stravolgono completamente l'impostazione del sistema sanitario svizzero, che funziona e garantisce cure di qualità a tutta la popolazione. L'aumento progressivo dei costi del sistema è dovuto principalmente a fattori demografici e allo sviluppo della tecnica, ma anche all'aumento del ricorso all'offerta sanitaria. È attraverso l'analisi di questi fattori che vanno ricercate delle soluzioni per contenere la curva ed effettuare dei risparmi, non tramite l'imposizione di budget e la retribuzione delle prestazioni mediante dei forfait. La via da (continuare a) seguire è quella dell'identificazione del ricorso a delle prestazioni inutili e della somministrazione di prestazioni inappropriate con la loro relativa estromissione dalla copertura LAMal; e della pianificazione equilibrata dell'offerta affinché risponda alla domanda in maniera adeguata senza creare doppioni.

Il progetto in discussione segue invece altre strade, già percorse da altri Stati; e che hanno già dimostrato i loro grandi limiti.

II. Fissazione di obiettivi (budget globale)

La misura più incisiva di questa riforma è l'introduzione di budget globali annui su più livelli (federale, cantonale, ospedaliero, ambulatoriale, …). Si tratta di un concetto sbagliato e pericoloso che condurrà non solo a ribaltare sui nostri pazienti le conseguenze di un potenziale non rispetto dei principi dell'economicità: ricordiamo per inciso che il rispetto dell'art. 56 LAMAL viene controllato assiduamente nell'ambito della medicina ambulatoriale mentre non vi è assolutamente nessun controllo in ambito ospedaliero ambulatoriale. L'introduzione di budget globali espone inoltre e in particolare i pazienti (quindi la popolazione tutta) a un rischio più che solo teorico di vedersi escludere dal poter beneficiare di determinate prestazioni causa raggiungimento dei limiti prestabiliti: interventi posticipati all'anno successivo, interventi effettuati a condizione che il paziente si procuri l'impianto prestabilito (esempio inglese per quanto concerne le protesi), …. Solo chi potrà permetterselo potrà anticipare la presa a carico del suo caso e far fronte alle proprie necessità sanitarie (medicina a due velocità). Questo in un contesto di

costi influenzati per altro in misura significativa dal numero di pazienti trattati da un fornitore di prestazione, rispettivamente dal numero di medici consultati da ogni singolo cittadino.

Devesse venir sforato il budget scatterebbero lunghi e macchinosi interventi tariffali che non terranno necessariamente conto dell'economia di impresa, con gravi conseguenze sia sulla stabilità finanziaria delle nostre strutture sia per l'attrattività della professione.

III. Prima consulenza

L'obbligo per ogni assicurato di dotarsi di un fornitore di prestazioni che funga da prima consulenza può essere salutato positivamente, mentre non siamo d'accordo che la sua retribuzione avvenga tramite importi forfettari stabiliti in base al numero di pazienti, indipendentemente dalle visite effettuate o alle prestazioni fornite. Il medico di famiglia avrebbe la certezza di poter contare su un'entrata più o meno fissa (la cui entità tenderà comunque a scemare anno dopo anno), ma non avrà nessun incentivo «a fare meglio»; e, malgrado il plafonamento delle sue entrate, dovrà comunque assumersi i rischi imprenditoriali, così come pagare integralmente le assicurazioni sociali. Non è peraltro definito come ci si comporterà con i secondi pareri. Saranno autorizzati?

Il progetto di legge in discussione favorisce la limitazione della scelta del fornitore di prestazioni, confermando la possibilità per gli assicurati «*d'intesa con l'assicuratore*» di «*limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni, compresa la prima consulenza, designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più convenienti*». L'OMCT si oppone a dei modelli di selezione dei fornitori che non siano fondati esclusivamente su criteri oggettivi di qualità, così come si era opposto con successo ai «Listenmodelle» nell'ambito dei modelli assicurativi alternativi proposti sulla base dell'art. 41.cpv. 4 LAMal. L'OMCT considera che la perdita dell'obbligo di contrarre, se non è basata su dei criteri qualitativi reali (e non su degli indici finanziari), corrisponde a una deriva del sistema sanitario che mette a repentaglio la qualità della presa a carico dei pazienti, crea divisione e potenzialmente favorisce la concorrenza sleale.

IV. Potenziamento delle reti di cure coordinate

Anche il concetto di reti di cure coordinate, così come sembra essere contemplato limita la scelta dei fornitori di prestazioni. Se da una parte riconosciamo l'importanza di un buon coordinamento delle diverse prestazioni e dei fornitori di prestazione al fine di "organizzare meglio le interfacce e i passaggi, riconoscere i doppioni ed evitare le prestazioni inutili"; il tutto però garantendo la libera scelta ed escludendo il pagamento delle cure secondo un forfait prestabilito. Il modello proposto di rete di cure coordinate non è nient'altro che il "managed care" che la popolazione svizzera ha respinto nel 2012. Le reti di cure coordinate, così come immaginate dal Consiglio federale, saranno retribuite con dei forfait stabiliti in convenzioni tariffali stipulate con gli assicuratori. È prevista anche la rimunerazione dell'onore di coordinamento, con l'effetto paradossale di togliere risorse finanziarie ai pazienti per defluirle nell'amministrazione. Dal canto loro i fornitori affiliati alla rete "fatturano le loro prestazioni alla rete di cure coordinate". La rete sarà così portata a selezionare i fornitori non certo per la qualità del servizio

quanto per la sua economicità. Sono modelli che danno troppo potere decisionale ad investitori che non sono certo medici e non sono certo mossi da motivi nobili come quelli di prendersi cura del prossimo, valore che invece dobbiamo continuare a promuovere nella sanità e che solo un operatore libero e responsabilizzato può coltivare adeguatamente.

V. Programmi di assistenza ai pazienti

L'estensione del rimborso delle cure prestate dai farmacisti nell'ambito dei programmi struttati sotto la direzione di un medico non trova il nostro consenso. Riteniamo infatti che i farmacisti non abbiano le competenze sufficienti per effettuare delle prestazioni mediche a spese della LAMal, nemmeno nell'ambito di programmi strutturati sotto la direzione di un medico.

VI. Conclusione

L'OMCT si oppone fermamente all'introduzione di budget globali nella sanità svizzera e alla retribuzione forfettaria delle prestazioni ambulatoriali. Il sistema sanitario svizzero è fra i migliori al mondo e la sua sostenibilità finanziaria va garantita tramite misure che non ne stravolgono l'impostazione; ma che semmai ne correggono e ne indirizzano l'evoluzione. La strada giusta da seguire è quella delle pianificazioni sia del settore stazionario sia di quello ambulatoriale. Attraverso le pianificazioni cantonali si può regolare la copertura del fabbisogno evitando di creare doppioni. I fornitori di prestazioni devono infatti poter operare in un contesto che ne promuova la responsabilità sociale, l'indipendenza e la stabilità finanziaria; il più lontano possibile da incentivi o disincentivi economici e da pressioni concorrenziali. Occorre in altre parole agire sulle vere cause che hanno portato all'esplosione dei costi della salute. L'OMCT ha da sempre sostenuto la limitazione dei fornitori di prestazioni basata sul fabbisogno, ma soprattutto su criteri di qualità, mentre respinge ogni proposta che va a limitare la libera scelta del medico, o che definisce a priori la spesa sanitaria per un determinato periodo.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : pädiatrie schweiz (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie)

Abkürzung der Firma / Organisation : SGP

Adresse : Rue de l'Hôpital 15, Postfach 516, 1701 Freiburg

Kontaktperson : Claudia Baeriswyl, Generalsekretärin

Telefon : 026 350 33 44

E-Mail : sekretariat@paediatrieschweiz.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 2

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGP	pädiatrie schweiz (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, SGP) ist Trägergesellschaft des Berufsverbands Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe. Mfe hat eine ausführliche Stellungnahme eingereicht, die von pädiatrie schweiz vollumfänglich unterstützt wird. Ebenso gehört pädiatrie schweiz zu den vereinten Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin KJM, die eine gemeinsame Stellungnahme eingereicht haben. Wir verweisen auch darauf.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : FMPP

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Dr. med. Fulvia Rota, Co-Präsidentin, Prof. Dr. med. Alain di Gallo, Co-Präsident

Telefon : 031 313 88 33

E-Mail : fmpp@psychiatrie.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 14

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 16

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr. med. P. Brunner, Heuberg16, 4051 Basel	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen.	

				Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: …notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer	

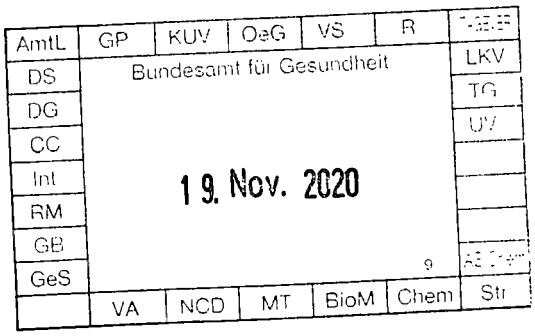
				Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.

FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt	Streichung von Art. 54a-e-

				sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die	

				Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.



PDAG
Für Ihre psychische Gesundheit

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Windisch, 17. November 2020/JFA

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, in der Vernehmlassung zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (Massnahmenpaket II) Stellung nehmen zu können. Die Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) gewährleisten die psychiatrische Behandlung und Betreuung mit Notfalldienst und Krisenintervention für die Kantonsbevölkerung und für Dritte. Massgeschneiderte stationäre und ambulante sowie konsiliarische Angebote bestimmen die Behandlungsart, die individuell zum Betroffenen, seiner Krankheit und Lebenssituation passt. Seit 2004 sind die PDAG eine Aktiengesellschaft im Eigentum des Kantons Aargau. Für die PDAG arbeiten rund 1'300 Personen in über 50 Berufen. Die PDAG sind Lehrspital der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich und Ausbildungsstätte für Berufe im Gesundheitswesen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die PDAG lehnt die Vorlage in der vorliegenden Form ab. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Aus Sicht der PDAG ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten.

Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit

Psychiatrische Dienste Aargau AG
CEO
Königsfelderstrasse 1 | 5210 Windisch | T 056 462 21 11 | info@pdag.ch | www.pdag.ch

mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere:

- Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone.

- Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht.

- Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe.

- Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

Die PDAG verschliesst sich der Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten nicht. Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten

- die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden,
- die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel) ,
- das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden,
- die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt,
- der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft,
- die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert,
- die ambulante Versorgung gestärkt,
- die integrierte Versorgung gestärkt
- und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden.

Die PDAG unterstützt eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung. Sie spricht sich aber dezidiert gegen die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aus. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird!

Die PDAG engagiert sich für den regulierten fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen und lehnt die rein planwirtschaftliche und kostenbasierte Steuerung des Gesundheitswesens ab!

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen

2.1 Einführung von Kostenzielen

Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klare Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf?

In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet.

Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.»

Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen.

Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein.
In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels.

Fazit: Die PDAG lehnt die Einführung von Kostenzielen ab. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.

2.2 Erstberatungsstelle

Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten.

Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen.

Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzu-

heben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen.

Definition von Beratungsstellen: Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen).

Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen.

Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern.

Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung.

Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die PDAG lehnt die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle ab. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.

2.3 Stärkung der koordinierten Versorgung

Die PDAG unterstützt die Stärkung der koordinierten Versorgung. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden.

Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.

3. Fazit

Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Die PDAG lehnt das Kostendämpfungspaket II in der vorliegenden Form ab!

Freundliche Grüsse

Psychiatrische Dienste Aargau AG

Jean-François Andrey
CEO M.H.A.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Dipl. med. Peter Bures Facharzt für Dermatologie und Venerologie Allergie + Haut^2
Abkürzung der Firma / Organisation	:
Adresse	: Loren-Allee 22 8610 Uster
Kontaktperson	: Dipl. med. Peter Bures
Telefon	: 044 515 47 87
E-Mail	: allergie-haut@hin.ch
Datum	: 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 4

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 12

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	Als Facharzt für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der

	Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer

	möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	

Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt.	

				Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dermatologische Praxis Allergie + Haut[2]	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Peter Newzella, Hautarzt in Niederlassung in Givisiez, FR (GIVIMED) und Prilly, VD (Centre Medical Lausanne Ouest

Abkürzung der Firma / Organisation : Givimed & CMLO

Adresse : Givimed : Route André Piller 16, 1762 Givisiez

Kontaktperson : Dr Peter Newzella

Telefon : +41 26 466 15 05

E-Mail : newzella.givimed@cmlo.ch

Datum : 11.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Givisiez 11.11.2020

Dr Peter Newzella

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Apothekerverband

Abkürzung der Firma / Organisation : pharmaSuisse

Adresse : Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld-Bern

Kontaktperson : Dr. Marcel Mesnil

Telefon : 031 978 58 58

E-Mail : marcel.mesnil@pharmasuisse.org

Datum : 08.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 13

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
pharmaSuisse pharmaSuisse	Besten Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Vernehmlassung über die Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2). pharmaSuisse unterstützt das Prinzip der Erstberatungsstelle als Gatekeeper unter den passenden Voraussetzungen und begrüsst die Anerkennung von interprofessionellen Netzwerken unter gewissen Bedingungen. pharmaSuisse wehrt sich jedoch auch gegen die willkürlichen Top Down Zielvorgaben. Gerne nehmen wir dazu ausführlich Stellung. Besten Dank im Voraus für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP pharmaSuisse ist **gegen willkürliche Top-Down-Zielvorgaben** wie in der Vorlage vorgeschlagen wird, aus folgenden Gründen: - Die Bedürfnisse an Gesundheitsleistungen korrelieren nicht mit dem BIP oder dem Lohnindex. - Zielvorgaben in der Kaskade Bund > Kantone > Leistungsgruppe führen zu unverhältnismässigem Verwaltungsaufwand. - Sie bestrafen undifferenziert auch die kosteneffizienten Leistungserbringer einer bestimmten Gruppe. - Sie führen zu Rationierungen, Verschiebung von Behandlungen, Patientenselektion und Zwei-Klassen-Medizin. pharmaSuisse hat aber **positive Erfahrung mit zwischen Tarifpartnern verhandelten** relativen Zielvorgaben, mit Bonus-/Malus-Anreizen, mit sauberen, beidseitig anerkannten Datengrundlagen, Monitoring-Methode und Evaluationsregeln (Einführung der LOA I im 2001).
pharmaSuisse pharmaSuisse	Erstberatungsstelle **pharmaSuisse unterstützt das Prinzip einer Erstberatungsstelle als Gatekeeper**, sofern letztere von den Versicherten **frei und freiwillig** gewählt werden und die Versicherten **jederzeit ihre Erstberatungsstelle wechseln** dürfen, innerhalb von einer Liste der dafür qualifizierten Leistungserbringer. Neben Hausarzt- und Telemedizinmodellen haben sich **auch Modelle mit Apotheken als erste Anlaufstelle bewährt.** Die vorgeschlagene Vorlage **schliesst aber Apothekerinnen und Apotheker aus**. Der Apotheker hat dabei einen umfassenden Überblick über die Medikation des Patienten (Koordination zwischen mehreren Ärzten, Überprüfung der Selbstmedikation, höhere Kontaktfrequenz mit dem Patienten, etc.). Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, weshalb der Apotheker in dieser Vorlage nicht in der Funktion der Erstberatungsstelle vorgesehen ist.

	Des Weiteren sprechen folgende Gründe dafür, dass der Apotheker, allein oder zusammen mit APN oder Hausarzt, die Funktion einer Erstberatungsstelle ausüben muss: 1. Wirtschaftlichkeit Die neuen Kompetenzen der Apotheker (z.B. Impfen, Abgabe von Arzneimitteln der Liste B ohne Rezept etc.) haben unter anderem folgende Zielsetzung: Verbesserung des Medikamentenzugangs; Entlastung der Notfälle in Krankenhäusern; Kompensation des Hausärzte-mangels und die Verbesserung der Patientenbetreuung, um die Effizienz der Behandlungen zu erhöhen. All diese Massnahmen haben das Ziel, das Wachstum der Gesundheitskosten zu dämpfen. 2. Nähe und Verfügbarkeit für die Bevölkerung Der Apotheker ist ohne Voranmeldung während den entsprechenden Geschäftsöffnungszeiten für die gesamte Bevölkerung durchgehend erreichbar. 3. Interdisziplinarität Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Punkt für eine optimale Patientenversorgung. Der Apotheker ist in dieser Zusammenarbeit ein unverzichtbarer Dienstleister. 4. Elektronisches Patientendossier (EPD) Die Nichtberücksichtigung des Apothekers in der Funktion einer Erstberatungsstelle wäre ebenfalls problematisch in Bezug auf die Aufnahme von Patienten in das EPD. Es ist klar ersichtlich, dass diese Aufgabe viel Zeit und Ressourcen erfordert, da die Patienten entsprechend informiert werden müssen. Apotheken könnten hier den Patienten erhebliche Unterstützung bieten. 5. Heilmittelgesetz (HMG) und Medizinalberufegesetz (MedBG) Die revidierten Gesetze HMG und MedBG haben die Kompetenzen der Apotheken deutlich ausgebaut. Die vorgesehene Regelung betreffend Erstberatungsstelle steht diesbezüglich im klaren Widerspruch zu dem revidierten HMG und MedBG. Dies muss korrigiert werden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Apotheker zwingend in der Funktion der Erstberatungsstelle berücksichtigt werden muss, **für die Beurteilung von häufigen Gesundheitsstörungen und Krankheiten, darüber hinaus in einem interprofessionellem Team mit anderen Leistungserbringern**. (Zum Beispiel bestimmt der Patient einen Hausarzt, einen Apotheker und eine Pflegefachperson als Vertrauensteam, das die Funktion einer Erstberatungsstelle wahrnimmt). Es ist hier daran zu erinnern, dass Interprofessionalität eine Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe bedeutet und nicht im Rahmen einer vordefinierten Hierarchie.

	pharmaSuisse ist gegen ein Obligatorium der Erstberatungsstelle. Einerseits ist es überflüssig, da sich die Mehrheit der Versicherten bereits für ein entsprechendes alternatives Versicherungsmodell (AVM) freiwillig entschieden hat und andererseits weil dann bei einem Obligatorium der **Verdacht eines Anreizes zur Rationierung** beim Gatekeeper besteht, was das Vertrauen der Versicherten an das Modell unterminieren würde. Es sind eher **Verbesserungen und Ausweitungen im Spielraum der Tarifpartner bei der Ausgestaltung von AVMs zu suchen**, damit diese Modelle für das richtige Zielpublikum, vor allem für die chronischen und polymorbiden Patienten attraktiv gemacht werden können und nicht primär für Gesunde, die sich nur wegen dem angebotenen Prämiennachlass dafür entscheiden.
pharmaSuisse pharmaSuisse	<u>Netzwerke zur koordinierten Versorgung</u> **pharmaSuisse ist dafür**, dass **interprofessionelle** Netzwerke unter gewissen Bedingungen und Auflagen auch als Leistungserbringer anerkannt werden können. Für die erwartete **koordinierende Rolle der Netzwerke** mit wirtschaftlicher Effizienz (= einsparender Wirkung) sind aber **Netzwerke von Leistungserbringern aus derselben Berufsgruppe grundsätzlich nicht geeignet.** Im ambulanten Bereich sollten Netzwerke mindestens Hausärzte und Apotheker sowie Pflegeberufe (Spitex) beinhalten. Falsch ist, dass diese Netzwerke zwingend durch einen Arzt geleitet werden müssen. Dass im Netzwerk zwingend ein oder mehrere Ärzte mitwirken müssen, ist unbestritten. Aber **auch andere Fachleute können für die Leitung des Netzwerkes bestens geeignet sein**. Es ist vor allem darauf zu achten, dass **sämtliche involvierten Leistungserbringer im Netzwerk den regelmässigen Qualitätsprüfungen genügen** und dass ausschliesslich nachvollziehbare Qualitätskriterien und Kompetenzen für die Beteiligung an oder den Ausschluss aus diesen anerkannten Netzwerken gelten.
pharmaSuisse pharmaSuisse	<u>Programme der Patientenversorgung</u> Apothekerinnen und Apotheker gehören zu den universitären Medizinalberufen. Die Revision beider Gesetze HMG und MedBG, sowie der neue Verfassungsartikel definieren den **Apothekerberuf als Bestandteil der medizinischen Grundversorgung**, nicht zuletzt wegen des Hausarztmangels. Damit die Apothekerinnen und Apotheker für ihren Beitrag in der medizinischen Grundversorgung gemäss OKP abgegolten werden können, muss zwingend der Art. 25 Abs. 2 Bst. h KVG angepasst werden. **Nach dem geltenden Recht dürfen keine Apothekerleistungen tarifiert und abgegolten werden, die nicht bei der Abgabe (bzw. beim Verkauf) eines ärztlich verschriebenen Arzneimittels erbracht werden**. Der vorliegende Vorlage-Entwurf sieht keine Korrektur dieses Grundsatzproblems vor! Damit wird diese Vorlage **keinesfallsder Umsetzung der Motion 18.4079 Erich Ettlin und 18.3977 Ruth Humbel gerecht**! Wegen dieser extremen Einschränkung wird eine **Kostenübernahme** durch die OKP von **Apothekerleistungen im Bereich der Prävention** generell **untersagt**, **auch wenn** die Leistung (z.B. gewisse vom Bund geförderte Massen-Impfungen) oder das Programm

	OKP-pflichtig ist und **zusammen mit Ärzten interprofessionell aufgebaut wird,** wie zum Beispiel bei kantonalen Kampagnen (Bern, Jura, Neuenburg) für die Früherkennung eines Darmkrebses! Ebenfalls **nicht abgegolten** würden **kostendämpfende Apothekerleistungen ohne Medikamentenverkauf** wie die pharmazeutische Heimbetreuung nach dem Freiburger Modell, oder eine pharmazeutische Expertise auf einer Polymedikation auf Grund des ePD (Drug Utilization Review) oder klinisch pharmazeutische Prüfung der Arzneimittelbehandlung durch einen Spitalapotheker usw. Die einzige Öffnung vom Art. 25 Abs. 2 Bst. h KVG, die in der Vorlage angeboten wird, ist eine allfällige Entschädigung der Apotheker bei einer **Beteiligung an «ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen»**. Unter diesen Umständen sind sämtliche interprofessionelle Programme gleich ausgeschlossen (Interprofessionalität = auf gleicher Augenhöhe) sowie OKP-pflichtige Programme, die vom Bund oder Kantonen geleitet werden!
pharmaSuisse pharmaSuisse	<u>Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung</u> Der Bundesrat beabsichtigt mit dieser Bestimmung, bei der WZW-Prüfung Grundsätze festlegen zu können, die sich an einer möglichst kostengünstigen Vergütung orientieren. Bei Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen legt die zuständige Behörde möglichst kostengünstige Tarife, Preise und Höchstvergütungsbeiträge **mit dem Entscheid zur Leistungspflicht** fest. Heute sind die Spielregeln klar und planbar. Konkret ist bekannt, wann welche Präparate wie überprüft werden. Die Grossisten und die Apotheken, die über eine tendenziell rückläufige Marge verfügen, sind auch zukünftig darauf angewiesen, auf ihren Lagern die Verluste durch Preissenkungen möglichst tief zu halten. Ein Anspruch auf eine Lagervergütung besteht nicht. Etliche Pharmaunternehmen sehen zudem davon ab, eine Lagervergütung zu gewähren. **Sollte die Planbarkeit nicht mehr gegeben oder die Häufigkeit der Änderungen zu hoch sein**, müssten die Lager massiv gesenkt werden. Die Folge davon wären nicht gewollte Therapiewechsel und Versorgungsengpässe, und dadurch eine direkte Gefährdung der Versorgungssicherheit.
pharmaSuisse pharmaSuisse	<u>Preismodelle und Rückerstattungen</u> Aus Sicht der Apothekerschaft ist zwingend zu berücksichtigen, dass in Zukunft **gerade für die sehr teuren Arzneimittel** spezifische Begleitmassnahmen nach der Medikamentenabgabe getroffen und vergütet werden können, bei denen die Apotheker in neuer Weise eine patientengerechte und kostendämpfende Rolle einnehmen können: - Bei der Einführung von neuen Medikamenten und Beobachtung von UAW; - bei der Beurteilung der Wirkung nach Markteinführung;

	- bei der Sicherstellung der Therapietreue - bei der Rekuperation (bzw. durch Abgabe in kleinen Packungsteilen) der nicht gebrauchten Arzneimitteleinheiten Dabei sind Modelle zu prüfen, die sicherstellen, dass auch nach einer Markteinführung ein Hersteller dazu verpflichtet werden kann, solche Massnahmen zu unterstützen. Zudem sollte der somit alimentierte Fonds (in Abweichung von Art. 54d Abs. 7 E-KVV) für die Aufrechterhaltung einer hochqualitativen **Versorgung der Schweiz mit unrentablen (patentabgelaufenen) Arzneimitteln** und zur **Quersubventionierung der defizitären Vertriebsanteile im tiefpreisigen Bereich** eingesetzt werden (Korrektur der Fehlanreize im Vertrieb, Art. 38 KLV) oder zur **Förderung der Generika-Substitution** oder von **interdisziplinären Qualitätszirkeln.**
pharmaSuisse pharmaSuisse	<u>Elektronische Rechnungsübermittlung</u> Seit dem «Arzneilieferungsvertrag» von **1996** (!) zwischen santésuisse und pharmaSuisse **rechnen sämtliche Apotheken elektronisch ab** mit Krankenversicherern im System des Tiers Payants nach einem vereinbarten Standard. pharmaSuisse begrüsst, dass sich diese Praxis (endlich!) auf alle weiteren Leistungserbringer ausweiten soll. Es wäre ein Fortschritt für die Patientenautonomie und im Hinblick auf ein elektronisches Patientendossier ein Schritt in die richtige Richtung, indem wichtige Gesundheitsdokumente standardisiert werden könnten. Danach sollten aber Papierrechnungen nicht mehr zwingend gratis ausgestellt werden müssen.
pharmaSuisse	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
pharmaSuisse	18	2septies	b	Sollte ein solcher Fonds kreiert werden, dann müsste er für die Finanzierung von Leistungen, die zur Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung beitragen. Insbesondere sollten damit Leistungen abgegolten werden, die man einem bestimmten Versicherten nicht verrechnen kann. Beispiele: - **interprofessionelle Qualitätszirkel** (Apotheker-Ärzte, und andere), die sich bewährt haben in der Verbesserung der Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit. - Anreize zur **generischen Substitution** (das sollte nicht der Patient nach Zufall seiner Verschreibungen bezahlen müssen!) - Finanzierung der **Defizite im Vertriebsanteil bei der Abgabe von sehr preisgünstigen Arzneimitteln.** Die schlechte Akzeptanz für die Belastung der betriebswirtschaftlich nachgewiesenen Fixkosten des Vertriebs auf die tiefpreisigen Arzneimittel (Preisklasse 1 gemäss Art. 38 KLV) zwingt zu einer Quersubventionierung dieser Abgaben durch einen Fonds, um die Fehlanreize (finanzielle Bestrafung solcher Abgaben) zu eliminieren.	
pharmaSuisse pharmaSuisse	25	2	h	Nach geltendem Recht dürfen ausschliesslich Apothekerleistungen tarifiert und von der OKP übernommen werden, die bei der Abgabe (= Verkauf) von	Art. 25 Abs. 2:

				ärztlich verschriebenen Arzneimitteln der SL erbracht werden. Damit wird die Abgeltung von Leistungen des Apothekers ohne Arzneimittelverkauf verboten. Es schränkt den Beitrag der Apotheker im Gesundheitssystem auf seiner Rolle der Vergangenheit, nämlich die Herstellung oder den Vertrieb von Arzneimitteln, und Abgabe. Das ist längst nicht mehr zeitgemäss und das schreibt der Bundesrat in seinem Bericht zum Postulat Humbel (12.3864) bereits im Oktober 2016! Im März 2015 wurde das Medizinalberufegesetz so angepasst, dass die Kompetenzen der Apotheker verstärkt wurden in der Prävention und insbesondere für Impfungen, sowie für die Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Im Rahmen der Massnahmen zur Kostendämpfung sollte die Tarifierung von kostendämpfenden Apothekerleistungen möglich sein, auch ohne Medikamentenabgabe, sofern ein Vertrag mit Versicherern vorliegt. Das verlangen die Motionen Erich Ettlin (18.4079) und Ruth Humbel (18.3977), deren Auftrag mit dem Vorschlag des Bundesrats zur Ergänzung vom Art. 25 Abs. 2 Bst h mit Bst „i“ auf keinem Fall erfüllt ist! Inzwischen verlangt die Pa.Iv Marie-.France Roth-Pasquier (20.457) eine Anpassung, die die Motionen Ettlin/Humbel umsetzt und insbesondere die pharmazeutische Betreuung von Heimen im Kanton Freiburg (4 Millionen Einsparungen pro Jahr!), ohne Verkauf der Medikamente durch die	h. die Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen: 1. ~~Leistungen bei der Abgabe von~~ **im Zusammenhang mit** nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln, 2. ~~Leistungen, die in Programmen nach Buchstabe i durchgeführt werden.~~im Rahmen von Früherkennungs- und Präventionskampagnen von Bund und Kantonen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, 3. die die Kostenentwicklung dämpfen und für die eine Vereinbarung mit den Versicherern besteht.

				Apotheker, wieder ermöglichen soll und schweizweit einsetzbar macht. Diese Formulierung kann ausschliessen, dass unerwünschte Mengen- oder Kostenzunahmen erfolgen.	
pharmaSuisse pharmaSuisse	25	2	i	Interprofessionelle Programme sind zu fördern und auch ApothekerInnen sollten für ihren Beitrag im Rahmen solcher Programme abgegolten werden. Zum Beispiel ist ein Programm zur Früherkennung vom Darmkrebs, das in enger Zusammenarbeit u.a. zwischen Apothekern und Hausärzten vom Anfang an interprofessionell aufgebaut wurde, in den Kantonen Jura, Neuenburg und Bern eingesetzt. Wegen dem geltenden Recht gem. Art. 25 Abs. 2 Bst h dürfen die Apothekerinnen immer noch nicht von der OKP abgegolten werden! Als Übergangslösung zahlen die Kantone. Das darf NICHT sein! Deshalb ist dringend Art. 25 Abs 2 Bst. h wie vorgeschlagen anzupassen. Schade und wenig verständlich ist auch, dass der Bundesrat ausschliesslich ärztlich geleitete Programme anerkennen will. Der Bundesrat hat sehr viel investiert für die Förderung der Interprofessionalität, die als Zusammenarbeit «auf gleicher Augenhöhe» definiert ist.	i. Leistungen, die im Rahmen von interprofessionellen ~~ärztlich geleiteten,~~ strukturierten Programmen durchgeführt werden.
pharmaSuisse pharmaSuisse	33	3bis		Entsprechende Anpassung wie beim Art. 25 Abs. 2 Bst i. Zudem sollte das Verhandlungsprimat zwischen Tarifpartnern weiterhin gelten, und die Genehmigung vom EDI erst subsidiär vorgesehen werden	Art. 33 Abs. 3bis 3bis Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von interprofessionellen ~~ärztlich geleiteten,~~ strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die

					Programme sind in Verträgen mit Versicherern aufzunehmen oder bedürfen subsidiär der Genehmigung des EDI.
pharmaSuisse pharmaSuisse	36b			Die Leitung eines Netzwerkes muss nicht zwingend durch einen Arzt oder eine Ärztin gewährleistet sein.	Art. 36b [3] Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: a. die Anforderungen an den Leistungserbringer ~~Arzt oder die Ärztin~~, der ~~oder die~~ das Netzwerk leitet;
pharmaSuisse pharmaSuisse	40a	3	B(bis) neu	Die Apothekerinnen und Apotheker sind neu für die Unterscheidung zwischen gutartigen Gesundheitsproblemen und Krankheiten und solchen, die eine ärztliche Konsultation bedürfen. Als leicht zugängliche Eingangstür ins Gesundheitssystem müssen sie mit ihren Kompetenzen zwingend zu jedem Gatekeepings-Konzept gehören. Die vorliegende KVG-Revision ist gerade eine seltene Gelegenheit, um die Interprofessionalität wirklich zu fördern und auch umzusetzen. Neben Ärzten sind auch Pflegeberufe, insbesondere die APNs, für interprofessionelle Gatekeeping-Modelle prädestiniert.	[3] Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: b (neu). Apothekerinnen und Apotheker mit Eidg. Weiterbildungstitel für die Beurteilung von häufigen Gesundheitsstörungen und Krankheiten, oder ohne Eidg. Weiterbildungstitel in Zusammenarbeit mit einem Arzt oder einer Ärztin nach Bst. a; c. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; d. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.
pharmaSuisse pharmaSuisse	40c	1		Eine jährliche Pauschale ist eine gute Idee, aber NUR für die Abgeltung der prioritären Verfügbarkeit für die angeschlossenen Versicherten, für den damit verbundenen administrativen Aufwand, die Verantwortung und Erfüllung der Auflagen für den Einsatz als Erstberatungsstelle.	

				Diese Pauschale darf aber keinesfalls bereits Leistungen abgelten, die erbracht oder eben nicht erbracht werden. Sonst würde die Pauschale als Anreiz auswirken, um die Patienten zu rationieren.	
pharmaSuisse pharmaSuisse	40c	3		Die Höhe der Pauschale ist primär zwischen Tarifpartnern zu verhandeln und festzulegen, nur subsidiär behördlich.	
pharmaSuisse pharmaSuisse	40c	4		Die Pauschale darf keine Leistungen abdecken.	Streichen
pharmaSuisse					
pharmaSuisse					
pharmaSuisse					
pharmaSuisse					
pharmaSuisse					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
pharmaSuisse			
pharmaSuisse			
pharmaSuisse			
pharmaSuisse			
pharmaSuisse			
pharmaSuisse			
pharmaSuisse			
pharmaSuisse			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Frau Dr. med. Philippa Golling :

Hautarztpraxis,

Schweizerhofstrasse 3, 8750 Glarus :

Kontaktperson :

Telefon 076 330 90 03 :

E-Mail Philippa.Golling@Hin.Ch :

Datum 11.11.2020 :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Hautarztpraxis Golling	In meiner Hautarztpraxis verwende ich viel Zeit für die Krebsvorsorge und versuche damit nicht nur Menschenleben zu retten und die Lebensqualität meiner Patienten möglichst hoch zu halten, sondern natürlich auch Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ich lehne hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter

	Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die Hautarztpraxis Golling lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die Hautarztpraxis Golling erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und

	umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern

	werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Hautarztpraxis Golling Glarus	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Hautarztpraxis Golling Glarus	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Hautarztpraxis Golling Glarus	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich als Hautärztin kategorisch ab.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Hautarztpraxis Golling Glarus	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Hautarztpraxis Golling Glarus	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Als Hautärztin lehne ich diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Hautarztpraxis Golling Glarus	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Hautarztpraxis Golling Glarus	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : **Physioswiss Schweizer Physiotherapie Verband**

Abkürzung der Firma / Organisation : Physioswiss

Adresse : Centralstrasse 8b 6210 Sursee

Kontaktperson : Pia Gianinazzi, Leiterin Stab Recht und Politik

Telefon : 041 926 69 69

E-Mail : pia.gianinazzi@physioswiss.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Physioswiss	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des EDI zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Stellung zu nehmen.
Physioswiss	Physioswiss begrüsst grundsätzlich die Massnahmen, welche die **Stärkung der koordinierten Versorgung sowie der Interprofessionalität über die ganze Versorgungskette** zum Ziel haben und sieht diese als erfolgsversprechender Beitrag zur Kostendämpfung sowie zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssicherheit und -qualität. Grosse Vorbehalte hat Physioswiss jedoch gegenüber der Fülle an Vorschriften betreffend die Struktur und die Führungsinstrumente der Netzwerke, Programme u.s.w., welche einerseits aus einem veralteten Bild der Gesundheitsversorgung entstammen und sich andererseits einschränkend auf die Entwicklung regionaler, dem Versorgungsbedarf optimal angepassten Lösungen der integrierten Versorgung sowie auf die Tarifpartnerschaft auswirken. Angesichts des akuten Mangels an medizinischen Grundversorgern ist es nicht einsehbar, warum nicht verstärkt auf die erweiterten Kompetenzen der Gesundheitsfachleuten zurückgegriffen wird und diese gezielt zur Optimierung der Versorgungswege eingesetzt werden.
Physioswiss	Physioswiss sieht die Anerkennung von **Leistungen im Rahmen von strukturierten Programmen zur Patientenversorgung** als willkommene Gelegenheit für die Etablierung der interprofessionellen Zusammenarbeit, indem Patienten mit definierten Krankheitsbildern, mit bestimmten Prädispositionen sowie rehabilitationsbedürftige Patienten im Rahmen des genehmigten Programmes den direkten Zugang zur betreffenden Gesundheitsfachperson erhalten und koordiniert begleitet werden. Neben der Verbesserung der Patientenversorgung und der Koordination der Leistungen der am Programm beteiligten medizinischen sowie nicht-medizinischen Gesundheitsfachpersonen, leisten strukturierte Patientenprogramme einen wertvollen Beitrag zur Entlastung der medizinischen Grundversorger, indem sie die Möglichkeit zur Delegation und Entschädigung der notwendigen Koordinations-, Präventions- und Beratungsaufgaben eröffnen. Damit sich diese Versorgungskonzepte erfolgreich entwickeln können, müssen sie jedoch von Beginn an interprofessionell ausgerichtet sein. Es ist nicht sinnvoll, dass die vorgeschlagenen Massnahmen nur unter ärztlicher Leitung umgesetzt werden können.
Physioswiss	Physioswiss begrüsst die Anerkennung der **Netzwerke zur koordinierten Versorgung** als neue Leistungserbringer und verspricht sich davon spürbare Impulse in der Weiterentwicklung der Patientenpfade wie auch die Anerkennung der ausschlaggebenden Rolle, welche Koordinations-leistungen hinsichtlich der Qualität der Patientenbehandlung erfüllen.

	Die selbständigen Leistungserbringer sollen aber weiterhin uneingeschränkt ihre Leistungen anbieten können und niemand zum Anschluss an einem Netzwerk verpflichtet werden. Der Tarifschutz soll auch in der Zusammenarbeit mit Netzwerken bestehen. Damit genügend Spielraum für Innovation und Flexibilität erhalten bleibt, sollen Netzwerke nicht als Generalunternehmer ausgestaltet werden und mit ausufernden Führungs-, Kontroll- und Datenlieferungspflichten in ihrer Organisationsmöglichkeiten eingeengt werden. Der mit der Zulassung verbundene Tarifvertragsbeitritt sowie die Vergütung durch einen Verbandstarifvertrag werden abgelehnt.
Physioswiss	Die Einführung einer allgemeinen Pflicht zum Bestimmen und Aufsuchen einer sogenannten **Erstberatungsstelle** vor Inanspruchnahme jeglicher Versicherungsleistung steht in direktem Widerspruch zur ausgeprägten Präferenz der Versicherten für die Versicherungsformen mit eingeschränkten Wahlfreiheit. Der erzwungene Besuch der Erstberatungsstelle setzt die auf Freiwilligkeit beruhende Wahl eines alternativen Modells und damit des eigenen Vertrauens-Gatekeepers sowie die Erfolgsaussichten der neu geschaffenen Netzwerke zur koordinierten Versorgung aufs Spiel. Physioswiss lehnt die generalisierte Einführung dieser obligatorischen Zusatzschlaufe entschieden ab. Wenn schon Zwang eingesetzt werden soll, was Physioswiss ohnehin als fraglich betrachtet, dann nicht bei solchen Versicherten, welche sich bereits heute eigenverantwortlich verhalten. Es ist zudem zu befürchten, dass sich diese zusätzliche Hürde den Zugang zur Gesundheitsversorgung verzögert und sich insbesondere bei den ohnehin von Unterversorgung bedrohten Bevölkerungsschichten (wie. z.B. Personen in Randregionen, mit Migrationshintergrund, aus bildungsfernen Schichten, etc.) nachteilig auswirkt. Der Nutzen dieser Massnahme für den Patienten ist nicht restlos erwiesen. Es ist beispielweise nicht ersichtlich, welche nennenswerte Leistung eine Erstberatungsstelle bei sich bereits in Behandlung befindlichen chronisch kranken Menschen erbringen soll.
Physioswiss	Physioswiss ist davon überzeugt, dass die im Entwurf vorgesehene **leistungsunabhängige pauschale Abgeltung der Erstberatungsstelle** sowie die vorgesehene **Errichtung eines umfassenden Listen- und Kontrollsystems in jedem Kanton** das Gesundheitssystem bürokratisch belasten und letztendlich anstelle der angestrebten Kostendämpfung zu höheren Ausgaben führen wird. Die jährliche Ausrichtung einer pauschalen Entschädigung auch beim Ausbleiben jeglicher Leistung erscheint mit dem Solidaritätsgedanke einer Sozialversicherung schlicht unvereinbar.
Physioswiss	Physioswiss lehnt die etatistische Ausgestaltung der **Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung (Kostenziele)** sowie die einseitige Fokussierung auf die Kosten der Leistungserbringer unter Ausblendung der Versorgungssicherheit und -qualität entschieden ab. Die Erarbeitung von jährlichen Kostenzielen sowie deren Überwachung und Korrektur bedingen die Errichtung eines enormen Apparats beim Bund und verursachen bedeutende Mehrkosten bei den Kantonen. Vor diesem Hintergrund bemängelt Physioswiss die rudimentären Angaben zu den erwarteten finanziellen Auswirkungen auf den Bund, die Kantone und die Volkswirtschaft im erläuternden Bericht zur Vorlage.

Physioswiss	Die **Periodische Überprüfung der WZW-Kriterien** gehört in die Hände der Tarifpartner, welche die Methoden der WZW-Überprüfungen regelmässig überarbeiten und für die Tarifpflege verantwortlich sind.
Physioswiss	Die **elektronische Übermittlung der Rechnungen** an den Schuldner erscheint vor allem im Verkehr mit den Kostenträgern eine sinnvolle und weitgehend eingeführte Massnahme, welche die Verwaltungskosten der Krankenversicherer tendenziell positiv beeinflusst. Rechnungen im System des Tiers garant werden nach wie vor oft brieflich zugestellt. Grosszügig bemessene Übergangsfristen zur elektronischen Übermittlung der Rechnungen an den Schuldner sind für die Kleinstunternehmerinnen, welche sich oft in der letzten Phase ihrer beruflichen Laufbahn befinden. Weil die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme jedoch verschwindend klein sein dürfte, erscheint uns die Anwendung von Zwang unangemessen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Physioswiss	21	Abs. 2	Zweiter Satz, Bst. a-d	Physioswiss lehnt die Ausweitung der Datenweitergabepflichten ab. Sie ist in dieser Form nicht notwendig und verletzt die Vertraulichkeit. Widersprüchlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Daten zwar in aggregierter Form weitergegeben werden sollen (vgl. Abs. 2), sie aber in einer Form geliefert werden müssen, in der eine Aufteilung, unter anderem auf Leistungs-erbringer möglich ist.	Art. 21 Abs. 2 zweiter Satz und Bst. a-d streichen
Physioswiss	25	Abs. 2	Bst. i	Durch den Bund genehmigte, strukturierte Patientenprogramme sollen nicht zwingend unter ärztlicher Leitung stehen	i. Leistungen, die im Rahmen von strukturierten Programmen durchgeführt werden.
Physioswiss	32	Abs. 3		Die Periodische Überprüfung der WZW-Kriterien gehört in die Hände der Tarifpartner, welche die Methoden der WZW-Überprüfungen regelmässig überarbeiten und für die Tarifpflege verantwortlich sind. Auch die Überprüfung der WZW-Kriterien soll wirtschaftlch erbracht werden.	streichen
Physioswiss	36b	Abs. 3	Bst. e-g	Eine so detaillierte Regelung der Netzwerke beraubt diese neue Leistungserbringer der Flexibilität und Innovationsfähigkeit, welche für die Anpassung an die konkreten regionalen Bedürfnisse der Versorgung notwendig ist.	Abs. 3 lit.e, f, g streichen
Physioswiss	Art. 40a-40d			Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle grundsätzlich überdenken. Eine auf Freiwilligkeit basierende Lösung gestalten.	In dieser Form streichen
Physioswiss	40a	Abs. 1		Es ist nicht ersichtlich, warum die Verpflichtung zur Bezeichnung einer Erstberatungsstelle und zur Einholung einer Überweisung	Verpflichtung zur Bestimmung einer Erstberatungsstelle streichen; eventualiter auf die

				auch den Versicherten auferlegt wird, welche einen Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gewählt haben. Wenn bereits über 70% der Versicherten aus freien Stücken diese Modelle gewählt haben, erscheint eine allgemeine Pflicht zum Anschluss an eine Erstberatungsstelle kontraproduktiv.	Versicherte einschränken, welche nicht in einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer versichert sind.
Physioswiss	40b			Wie oft soll die Kostenberatungsstelle im Krankheitsfall aufgesucht werden? Alle 3 Monate (= Krankenschein), bei jedem Behandlungsschritt? Das Einholen einer zweiten Meinung soll gewährleistet sein. Massnahme ist für die Begegnung des «Doctor-Shopping» untauglich. Abs. 1 Bst. b steht in Widerspruch mit Art. 40d Abs. 1, Überweisung an weitere Leistungserbringer.	
Physioswiss	40c			Pauschale Vergütung, wenn keine Leistung erbracht wird, ist widersinnig und schafft Anreize zur Risikoselektion.	
Physioswiss	40 d			Dem Phänomen des teuren «Doctor-Shoppings» kann so nicht begegnet werden.	
Physioswiss	42	Abs. 3ter		Für die Einführung der elektronischen Übermittlung der Rechnungen sind grosszügige Übergangsfristen vorzusehen.	
Physioswiss	48a	Abs. 1		Die Aushandlung von Abgeltungsmodellen soll den Vertragspartnern überlassen werden. Dies garantiert den Netzwerken die notwendige Flexibilität und Innovationsfähigkeit. Im Verhältnis zu den angeschlossenen selbständigen Leistungserbringern muss der Tarifschutz gewährleistet sein.	

Physioswiss	54-54e			Physioswiss steht den Kostenziele und der vorgeschlagenen Ausgestaltung der Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung ablehnend gegenüber: - Die vorgeschlagenen Massnahmen fokussieren einzig auf den Preis und entsprechen einem Globalbudget. - Dessen Auswirkungen auf das Angebot und die Qualität der Versorgung nicht berücksichtigt wurden, und - Die Last der Kostendämpfung einseitig auf die Leistungserbringer abwälzen, - Mit dem geltenden Tarifsystem für den ambulanten Bereich diametral in Widerspruch stehen, - Eine stossende «Sippenhaftung» einführt, ungeachtet dessen, ob der betroffene Leistungserbringer engagierte, qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und zweckmässige Leistungen erbringt.	Art. 54-54e in dieser Form streichen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Stellungnahme von

Praxis Dr. med. Pierre Tamborini

Beckhammer 43
8057 Zürich :

Dr. med. Pierre Tamborini :

044 361 92 92 :

ptamborini@hin.ch :

17.11.2020 :

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Ich bin seit dem 02. August 1994 selbständiger Hausarzt mit Einzelpraxis in der Stadt Zürich. In dieser Funktion betreue ich seit bald 30 Jahren Patienten (in der Folge sind unter diesem Begriff auch alle Patientinnen subsummiert) praktisch jeden Alters, in den letzten Jahren mit Tendenz älterer Patienten. Daneben bin ich seit Anbeginn im regulären Notfalldienst tätig, seit dem Jahr 2019 unter geänderten Strukturen als Notfallarzt des Ärztefons des Kantons Zürich. Als Hausarzt, der für alle Belange meiner Patienten zuständig ist, sorge ich für eine effiziente und kostengünstige Medizin. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Ich lehne die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to

	personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Ich halte fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken

	Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im Bereich der hausärztlichen Grundversorgung besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben**

	Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen.	

	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll; gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
	54			Ich lehne jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Mit bestem Dank für Ihre Berücksichtig meiner Argumente
grüsse ich Sie freundlich

Dr. med. Pierre Tamborini
(elektronisch visiert)

PRIVATKLINIKEN SCHWEIZ

Per E-Mail an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 22. Oktober 2020

Vernehmlassungsantwort zur Vorlage «Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

Für PKS muss jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik, also auch die vorliegende Teilrevision des KVG, mindestens den drei folgenden Anforderungen genügen:

- Sie muss die inakzeptable Governance, d.h. die Vielfachrolle und fehlende "Gewaltenteilung" der Kantone verbessern.
- Sie muss geeignet sein, die therapeutische Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister zu fördern.
- Sie muss faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer schaffen oder mindestens fördern.

Generelle Beurteilung der Revision:

Diese Revision verfehlt sowohl die Anforderungen an gesundheitspolitische Reformen als auch die vom Bundesrat in der Vorlage genannten Ziele und verursacht stattdessen gravierende Nebenwirkungen. Sie muss als Ganzes zurückgewiesen werden, denn sie droht den Weg in die Zweiklassenmedizin zu betonieren, indem sie:

- **die medizinische Versorgung rationiert: Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für ausschliesslich obligatorisch Versicherte wird erschwert und beschränkt**
- **die Innovationskraft des schweizerischen Gesundheitswesens schwächt und damit die Qualität gefährdet**
- **zweckmässige Anpassungen der medizinischen Infrastruktur hemmt, zugunsten einer bürokratischen Planerfüllung**
- **die kantonale Mehrfachrolle weiter kompliziert. Die Vorlage verleiht den Kantonen noch mehr Kompetenzen im Sinne der planwirtschaftlichen Kontingentierungswirtschaft**

Einzig die Anerkennung von koordinierten Netzwerken als Leistungserbringer verdient Unterstützung.

Zieglerstrasse 29 • CH-3007 Bern
Tel: +41 31 387 37 20 • info@privatehospitals.ch

Das bundesrätliche Paket will die Prämien entlasten und rechnet mit Kosteneinsparungen von rund 1 Milliarde Franken, die sich ausschliesslich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) beziehen. Der Bundesrat scheint sich aber selber nicht sicher zu sein über die Wirkung seiner Vorschläge: Er geht einzig davon aus, dass längerfristig Einsparungen in dieser Grössenordnung «möglich sind.» Hier muss auch auf S. 85 des erläuternden Berichts hingewiesen werden: «Die noch laufende RFA für die Zielvorgabe wird eine genauere Analyse der möglichen volkswirtschaftlichen Auswirkungen und eventuell weitere Optimierungen erlauben.» Es wird also eine Vorlage in Vernehmlassung gebracht, über deren volkswirtschaftliche Auswirkungen noch keinerlei Klarheit besteht. Für eine so unsichere Wirkung ist der immense systematische Schaden des Pakets für die Qualität und den Zugang zum schweizerischen Gesundheitswesen viel zu hoch. Gravierend kommt hinzu, dass die Massnahmen zu deutlichen Kostenzunahmen führen:

- für die Wirtschaft aufgrund der längeren Wartezeiten bis zu Behandlung der Versicherten
- für die Versicherten aufgrund der längeren Ausfälle, weil die medizinische Innovation gehemmt wird
- für die Steuerzahlenden aufgrund der zusätzlichen Bürokratie sowie den zu erwartenden zunehmenden Direktsubventionen der öffentlichen Hand zum Erhalt der beplanten Strukturen

PKS schlägt anstelle dieses missglückten und politisch wohl chancenlosen Pakets vor, mehr Raum zu schaffen für Qualitätswettbewerb und für nachweisliche kostensenkende Kooperationen. Dazu notwendig ist die Umsetzung der Empfehlung (Massnahme M36) der bundesrätlichen Expertenkommission Diener, die Governanceproblematik der Kantone endlich zu entschärfen, die jährlich zu rund 2.5 Milliarden kantonalen Subventionen führt, die in der Spitalfinanzierung nicht erscheint (Studie Felder V). Eine aktuelle Studie zeigt zudem Alternativen auf, wie zeitgemässe Strukturen der Kooperation unter den Leistungserbringern zu echten jährlichen Kosteneinsparungen in der Höhe von bis zu 730 Millionen Franken und zu Investitionseinsparungen von bis zur 3.1 Milliarden Franken führen (PWC).

*

Zur Vorlage im Detail:

Die Vorlage umfasst einige Änderungsvorschläge, von denen PKS im Folgenden nur die wichtigsten kommentieren wird.

- «Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll»

Potenzielle Verfassungswidrigkeit: Globale Kostenziele müssen zu Leistungseinschränkungen, d.h. zu weniger Behandlungen führen, sonst haben sie keine kostendämmende Wirkung. Es werden also bestimmten Patienten Gesundheitsleistungen vorenthalten werden müssen. Es ist zumindest fraglich, wie sich die durch Kostenziele entstehende medizinische Rationierung zu den verfassungsmässigen Grundsätzen verhält. Art. 41 Abs. 1 lit. b (Sozialziele): Bund und Kantone sollen sich gemeinsam dafür einsetzen, dass «…jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.»

Weniger Qualität und Wirtschaftlichkeit im OKP-Bereich: Das KVG regelt die Leistungen der sozialen (was hier gleichbedeutend ist mit der obligatorischen) Krankenpflegeversicherung. Wenn sowohl das stationäre und ambulante Leistungsangebote mengenmässig durchgeplant

wird (Spitalplanung, Zulassung von Leistungserbringern) als auch die Preise des Angebots (Tarife) künftig stets tiefer angesetzt werden, wird die Behandlungsqualität im OKP-Bereich nach unten standardisiert und angeglichen werden. Der Spielraum für echte Mehrleistungen und damit für den Zusatzversicherungsbereich wird damit vergrössert, was angesichts des quantitativ ausufernden Katalogs der OKP-Leistungen nicht per se abzulehnen ist. Fraglich ist allerdings, ob eine solche Verschiebung qualitativ hochstehender Behandlungen in den privat finanzierten Bereich aus Sicht der Gesundheitsversorgung sinnvoll ist.

Das KVG legt den Grundsatz der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage der WZW-Kriterien fest (Art. 32 ff. KVG). Eine Bewertung dieser Kriterien muss für jede erbrachte Dienstleistung durchgeführt werden. Verwaltungsbudgetsysteme beseitigen den Anreiz, diese wirtschaftlichen Kriterien zu überprüfen. Die Leistungserbringer und Krankenversicherungen haben weniger Anreiz, sich selbst zu regulieren bzw. solche Kontrollen durchzuführen, weil diese sowieso auf das Jahresbudget beschränkt sind.

Die Alternative ist eine bessere Umsetzung des Prinzips der WZW-Kriterien, so dass die Krankenversicherer wirklich "in concreto" und möglichst im Voraus die vom KVG zu erstattenden Leistungen definieren können. Das mit diesem Gesetzentwurf eingeführte Bugdet-System ist ein Ruhekissen, das der KVG-Philosophie widerspricht und die Rationierung gegen die Interessen der Patienten begünstigt.

Ausgestaltung nicht durchdacht: Art. 54 c zeigt beispielhaft, wie wenig durchdacht die Vorlage ausgestaltet ist: Der Bundesrats legt seine Kostenziele für die einzelnen Kantone ein Jahr vor Gültigkeit vor. Was ist die Grundlage für die Festsetzung dieser Ziele? Das Jahr x-3 (Jahr x-2 wäre ja zum Fixierungszeitpunkt noch nicht beendet)? Der Bundesstaat repliziert das Modell, das die Kantone immer wieder kritisieren, wenn es um die Festsetzung der Prämien geht. Gravierend kommt hier hinzu, dass diejenigen Entwicklungen und Fortschritte, die in den Jahren x-1 und x-2 beobachtet werden, bei der Zielfestsetzung systematisch nicht berücksichtigt werden können, sondern erst im Nachhinein bei der Evaluation einer Nichtzielerreichung als Rechtfertigung erscheinen werden.

Neue Rechtsunsicherheiten: Das Sanktionsregime bei Nichterreichen der einseitig festgelegten Kostenziele schafft neue Rechts- und Investitionsunsicherheit und setzt kontraproduktive ökonomische Anreize:

- Rechts- und Investitionsunsicherheit entsteht durch das ungeklärte Verhältnis zwischen Bundes- und Kantonssanktionen, das institutionelle Probleme schaffen wird. Was passiert, wenn sowohl ein Kanton die Kostenziele verfehlt als auch auf schweizerischer Ebene in einem bestimmten Kostenblock die Ziele nicht erfüllt werden? Wer kann, darf oder muss dann in welchem Mass intervenieren?
- Das eigentliche «Kollektivstrafenregime» via Tarif- und Preisanpassungen schafft Anreize für jährlich gezielte, auf einen Bereich ausgerichtete Mengenausweitungen einzelner Anbieter, die dann – sobald die Behörden die Tarife nach unten angepasst haben – in einen anderen Bereich wechseln, während andere Leistungserbringer des betroffenen Bereichs dann bei sinkenden Volumina mit tieferen Tarifen konfrontiert sind, welche die Hauptverursacher gar nicht mehr betreffen. Solches Verhalten kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Bürokratischer Aufwand: Die vorgeschlagene komplexe Kostenzielsystematik erfordert einen unverhältnismässigen bürokratischen Aufwand bei allen Akteuren – beim BAG, bei den kantonalen Gesundheitsdirektionen, den einzelnen Leistungserbringern sowie ihren Verbänden auf kantonaler und nationaler Ebene. Der zusätzliche Aufwand wird unverständlicherweise kaum

thematisiert in der Vernehmlassungsvorlage: Auf S. 87 wird lediglich geschrieben: «Die Umsetzung einer «Zielvorgabe», von «Preismodellen» sowie die vermehrte Transparenz respektive die Veröffentlichung von weiteren Unterlagen sowie Informationen erfordern beim Bund voraussichtlich zusätzliche personelle Ressourcen. Im Rahmen der laufenden RFA wird der Vollzugsaufwand einer Zielvorgabe geprüft».

Verschärft wird zudem die **Governance-Problematik der Kantone**: Sie würden mit der Kostenzielkompetenz auf kantonaler Ebene sowie der Ebene der einzelnen kantonalen Kostenblöcke einem zusätzlichen Interessenkonflikt mit ihrer Rolle als Eigentümer öffentlicher Spitäler sowie ihrer Rolle als Bedarfsplaner ausgesetzt. Die Entflechtung der kantonalen Interessenkonflikte war bereits im Bericht der bundesrätlichen Expertenkommission Diener (Massnahme M36) ein zentrales Anliegen. Der Bundesrat hat diese Massnahme in seiner eigenen Priorisierung 2018 noch aufgeführt. In allen späteren bundesrätlichen Massnahmenpaketen ist sie ohne Begründung nicht mehr aufgeführt. Dies irritiert sehr, denn aus systemischer Sicht ist die Eliminierung von Interessenkonflikten eine der wichtigsten Massnahmen, um die Anreize für Qualität und Wirtschaftlichkeit bei den Akteuren richtig zu setzen.

Die ungenügend genaue KVG-Definition der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen, der Handlungsspielraum der Kantone und das Fehlen einer kantonalen Aufsichtsbehörde für die Umsetzung des KVG, abgesehen von langwierigen Rechtsmittelverfahren vor den Gerichten, führen dazu, dass viele Kantone die öffentlichen Spitäler stark subventionieren. Die Kantone, die das vom Bund vorgeschlagene globale Budgetsystem bereits enthalten, sind die grössten Finanziers der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Felder Studien). Der Bundesrat schweigt zu dieser Finanzierung. Diese Praxis wird subventionierte Spitäler weiter begünstigen und den vom Gesetzgeber gewollten Wettbewerb zugunsten der Patienten verhindern.

Die Kantone können andere Kostenblöcke (Art. 54b) als der Bund schaffen, sofern sie die vom Bund festgelegten allgemeinen Anforderungen an die Kostendämpfung erfüllen. Es steht den Kantonen also frei, neue Kostenblöcke zu schaffen, die z.B. ihre subventionierten Einrichtungen einschliessen, und die übrigen Leistungserbringer in einer anderen Kategorie zu belassen. Damit wird eine weitere Tür geöffnet für die Objektfinanzierung durch Subventionen und für die Behinderung des Wettbewerbs. Weder Konsultationen mit Leistungserbringern und Versicherern noch Prüfungen durch das BAG, welches nicht die Befugnis hat, Sanktionen zu verhängen (Art. 54b Abs. 3 und 4), können diese Missbräuche aufgrund der multiplen Rollen der Kantone verhindern.

Zusammengefasst gilt das Folgende zur so genannten Zielvorgabe: Die Einführung von Globalbudgets auf Bundesebene ist gefährlich, unnötig und bürokratisch. In der Konsequenz ist sie potenziell letal für private Leistungserbringer, welche die ungedeckten Kosten nicht durch öffentliche Subventionen (Defizitübernahmen und Finanzspritzen durch die öffentliche Hand, so genannte gemeinwirtschaftliche Leistungen) ausgleichen können. Gemeinnützige und wirtschaftliche Investoren werden sich zurückziehen müssen, was im Widerspruch zum Auftrag des Gesetzgebers steht (Art. 39 Abs. 1 KVG), private Trägerschaften in die Planung des stationären Angebots einzubeziehen. Das medizinische Angebot wird ausgedünnt, die verbleibenden Leistungserbringer werden qualitativ unter Druck sein, da der Kostenentwicklung alleroberste Priorität eingeräumt wird. Dies kann nicht im Sinne einer optimalen Gesundheitsversorgung der breiten Bevölkerung sein.

- «Einführung einer Erstberatungsstelle, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden. Diese Stelle berät die Patienten und behandelt sie selber oder verweist sie an einen anderen Leistungserbringer»

Der Zwang zur Erstberatungsstelle entmündigt die Patientinnen und Patienten und schafft einen weiteren Hebel zur Unterbindung des Qualitätswettbewerbs zwischen den medizinischen Leistungserbringern. Der Bundesrat wird mit der Festlegung sowohl des Umfangs der Leistungen der Erstberatungsstelle (Art. 40c Abs. 4) als auch der Preisfixierung (Jahrespauschale nach Art. 40c Abs. 3) einen zentralen Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung neu direkt steuern und damit der tariflichen Kompetenz von Versicherern und Leistungserbringern entziehen. Die bundesrätliche Jahrespauschale führt zu einer de facto-Lohnempfängersituation der ärztlichen Praxen, notabene ohne jeden Arbeitnehmerschutz. Zudem ist das Einsparpotential mehr als fraglich, zumal bereits heute eine Mehrheit der Versicherten ein alternatives Versicherungsmodell wählen. Auch hier droht ein unverhältnismässiger bürokratischer Aufwand.

Der Bundesrat schafft mit diesem unausgegorenen Vorschlag zudem einen neuen problematischen Anreiz der Risikoselektion: Erstberatungsstellen erhalten einen starken Anreiz, gute Risiken (also Versicherte mit einem tiefen Risiko, die Erstberatungsstelle in Anspruch zu nehmen) zu rekrutieren, um so möglichst viele Jahrespauschalen in Rechnung stellen zu können, ohne die Leistung erbringen zu müssen. Umgekehrt werden so genannt schlechte Risiken (also Versicherte mit Multimorbiditäten oder ältere Versicherte) kaum mehr einen Leistungserbringer finden, der sie unter Vertrag nimmt. Diese Versicherten werden gemäss Art. 40a Abs. 7 vom Versicherer einem Leistungserbringer zwangszugeteilt. Über kurz oder lang wird dieser Mechanismus zu weiterem Regulierungsbedarf führen, um die Risikoselektion zu unterbinden und die Versicherten gleichmässig zuzuteilen, was auf ein staatliches Diktat der Bestimmung der Erstberatungsstelle hinausläuft. Dies ist das Ende jeder freien Wahl der Versicherten.

- «Stärkung der koordinierten Versorgung durch die Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer»

Die Aufnahme von koordinierten Netzwerken in den Katalog der Leistungserbringer ist zu begrüssen, geht aber noch deutlich zu wenig weit. Die medizinische Entwicklung und diverse politische Vorlagen (u.a. AVOS, EFAS) versuchen zurecht, die regulatorischen Schranken zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich aufzuweichen bzw. zu eliminieren. Der Gesetzgeber sollte diese koordinierten Netzwerke deshalb nicht auf den ambulanten Bereich beschränken, sondern generell anerkennen. Dies wäre ein willkommener Schritt in die Richtung, die auch die eingangs zitierte Kooperationsstudie von PWC fordert. Im Detailierungsgrad der Regulierung geht der Vorschlag hingegen zu weit. Es bräuchte mehr Flexibilität für neue Kooperationsmodelle.

Es ist nicht klar, warum in dem Gesetzentwurf nur von koordinierter Versorgung und nicht von integrierter Versorgung gesprochen wird, was die sowohl national als auch international am häufigsten verwendete Terminologie ist.

Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind im Grunde ein separater Kostenblock, da sie nun als eine separate Kategorie von Leistungserbringern betrachtet werden (Bericht Seite 76). Die Netzwerke für die koordinierte Versorgung werden oft Leistungserbringer in mehreren Kantonen integrieren (Universitätsspital, spezialisierte Einrichtung, spezifische Rehabilitation usw.). Die Festlegung von Budgets pro Kanton ist nicht ausreichend. Dies zeigt die Grenzen der Überlegungen des Gesetzentwurfs und das Fehlen einer eingehenden Analyse der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitssektors.

- «Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen»

Art. 32 Abs. 3 eröffnet ein ganz neues Feld der Bundeskompetenzen: Neu wird der Bund direkt in einem durch den Bundesrat selbst und ohne weitere demokratische Kontrolle definierten Perimeter und einer willkürliche festgelegten Häufigkeit die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen prüfen können. In Verbindung mit Art. 24 Abs. 1 («Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.» ergibt sich, dass die OKP künftig Leistungen nicht mehr vergüten wird, die nicht der Bundes-WZW-Definition entsprechen. Von einem Departement, das bereits heute rund 20 Prozent der medizinischen Leistungen als «unnötig» betrachtet – immerhin jede fünfte Behandlung – wird zu erwarten sein, dass die von der OKP zu übernehmenden Leistungen in diesem Umfang beschnitten werden.

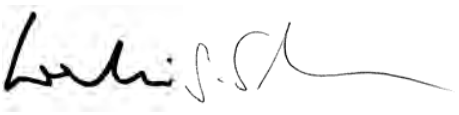
- «Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern.»

Art. 41 Abs. 1 wird nicht zur stipulierten Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern führen, im Gegenteil. Die nun vorgeschlagene Regelung ist schwammig («Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt») und führt neue unbestimmte und der kantonalen Willkür obliegende Vergleiche ein. Die vorgeschlagene Regelung wird die stossende Praxis verstärken, dass Patienten, die sich in einem besseren Spital als in ihrem Wohnkanton behandeln lassen möchten, die Differenz zum günstigsten Spital ihres Wohnkantons als Selbstzahler aus der eigenen Tasche kompensieren müssen.
Die einzige Regulierung, die den vom Gesetzgeber erwünschten Qualitätswettbewerb tatsächlich fördern würde, wäre die volle Übernahme desjenigen Tarifs des betreffenden Spitals, der im Standortkanton gilt. Bereits dieser Tarif ist das Ergebnis von harten Verhandlungen, die von der jeweiligen kantonalen Behörden genehmigt worden sind.

*

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Privatkliniken Schweiz



Dr. Beat Walti
Präsident

Guido Schommer
Generalsekretär

Plateforme Interprofessionnalité
dans les soins de santé primaires

Département fédéral de l'intérieur
Officie fédéral de la santé publique
3003 Berne
Par e-mail à
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Plateforme Interprofessionnalité
dans les soins de santé primaires
p\o polsan
Effingerstrasse 2
3011 Berne
Tel +41315083607

Berne, le 19 novembre 2020

Consultation : Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet, à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein au coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à cette consultation. La Plateforme Interprofessionnalité représente les plus importantes associations nationales de soins de santé primaires. Elle vise à ce que l'interprofessionnalité soit reconnue et promue dans le système de santé suisse.

Appréciation générale

La Plateforme Interprofessionnalité salue la reconnaissance du rôle des soins de santé primaires et l'importance donnée aux soins coordonnés. Néanmoins, la Plateforme Interprofessionnalité regrette l'opportunité manquée de développer la notion de collaboration interprofessionnelle (CIP). En se focalisant sur les coûts, les mesures proposées ont perdu la vision globale du fonctionnement du système de santé, notamment les considérations sur le renforcement de la qualité et la sécurité des patient-e-s ne sont pas prises en compte, ce qui est regrettable et risque d'avoir un effet nuisible sur le système de santé.

La Plateforme Interprofessionnalité souhaite attirer l'attention sur une différence significative entre la dénomination de l'objet en français « Mesures visant à freiner la hausse des coûts » et en allemand « Massnahmen zur Kostendämpfung ». La version française précise qu'il s'agit d'un frein de la hausse des coûts, donc on reconnait qu'il y aura une certaine augmentation des coûts à l'avenir – en raisons des facteurs mentionnés ci-dessous. Alors que dans la version allemande, il s'agit d'atteindre une baisse des coûts. Cet écart est regrettable car il peut engendrer une compréhension divergente de l'objectif du Conseil fédéral.

En renforçant les soins de santé primaires et la coordination des soins, il est possible d'éviter des examens et traitement inutiles, ce qui renforce la qualité de la prise en charge tout en préservant les ressources financières. Cela ne peut se faire sans la mise en place d'une réelle culture de collaboration interprofessionnelle (CIP). Pour que ce changement culturel puisse avoir lieu, des modules sur la CIP doivent être intégrés dans la formation de base, post-graduée et continue de tous les professionnel-le-s de la santé.

La Plateforme Interprofessionnalité ne prend pas position sur l'ensemble du projet qui est proposé, mais seulement sur quelques points qui touchent à la collaboration interprofessionnelle et aux soins ambulatoires.

Considérations unilatérales sur les coûts

La P.IP rejette les considérations unilatérales centrées sur les coûts engendrés par les fournisseurs de prestations. De multiples facteurs expliquent l'augmentation des coûts dans le système de santé, comme p.ex. l'évolution démographique, les progrès médico-techniques, la dépendance des salaires par rapport à l'évolution conjoncturelle, mais aussi le système d'assurance.

Mise en place d'un premier point de contact obligatoire

La Plateforme Interprofessionnalité est favorable au principe selon lequel le patient devrait se rattacher à un premier point de contact. Cela permet une meilleure coordination des soins, salutaire pour les patient-e-s et le système de soins dans son ensemble. La structure actuelle du système de santé engendre une fragmentation des soins où les fournisseurs de prestations travaillent trop souvent en silo. Un système privilégiant un premier point de contact permettrait une meilleure coordination de la prise en charge des patient-e-s. Comme environ 70% de la population a choisi un système d'assurance allant dans ce sens, on peut prétendre que les patient-e-s y sont favorables. Mais la solution privilégiée par le Conseil fédéral, qui consiste à créer des premiers points de contact obligatoires pour tous les assurés est rejetées par la Plateforme Interprofessionnalité, car cette option doit continuer à reposer sur une base volontaire.

Pour la Plateforme Interprofessionnalité, c'est la structure du système de santé qui doit créer les incitatifs amenant à un système de santé basé sur les soins coordonnés avec des équipes interprofessionelles. La collaboration interprofessionnelle a le potentiel d'améliorer la qualité et la sécurité des soins,

d'assurer un meilleur suivi des patient-e-s, permettant ainsi au système d'instaurer des soins coordonnés.

« Qui » peut avoir cette fonction de « premier contact » ? Selon le rapport établi par le Conseil fédéral, *« l'assuré doit s'adresser en premier lieu à un médecin de famille ou à un centre de télémédecine, un tel centre devant être organisé comme une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 36a LAMal). ».* La Plateforme Interprofessionnalité rejette qu'un centre de télémédecine puisse jouer ce rôle. La télémédecine ne permet pas de contact direct avec les professionnel-le-s de la santé exerçant dans les soins de santé primaires. Or, l'établissement d'un contact direct et personnalisé avec un patient favorise la création d'une relation thérapeutique. Cette relation thérapeutique a un impact positif sur les coûts, notamment en diminuant les besoins d'investigations complémentaires. Dès lors, cette mesure favorisant la télémédecine va à l'encontre de l'intention du Conseil fédéral.

Pour la Plateforme Interprofessionnalité, la limitation du choix des fournisseurs de prestations comme indiqué dans l'art. 41a, accorde un pouvoir unilatéral aux assureurs et peut être interprété comme l'introduction dissimulée de la levée de l'obligation de contracter.

Introduction d'objectifs de maîtrise des coûts dans l'AOS

Pour la Plateforme Interprofessionnalité, l'introduction d'objectifs pour maîtriser les coûts de la santé aura des conséquences négatives sur la qualité des soins et la prise en charge des patient-e-s, et mènera inévitablement à un rationnement des soins et à une médecine à deux vitesses. Ce sont les personnes malades et accidentées qui en payeront directement les frais. L'introduction de tels objectifs engendrera par ailleurs une bureaucratisation supplémentaire que les professionnel-e-s de la santé souhaitent à tout prix éviter. La Plateforme Interprofessionnalité rejette donc cette proposition.

L'introduction d'objectifs aura par ailleurs un impact direct sur la relève des professionnel-le-s de la santé. Réduire le prix des prestations de manière indifférenciée et linéaire aura pour conséquence de dissuader les jeunes à opter pour une profession de la santé. Or, la Suisse manque déjà aujourd'hui, tous les métiers de la santé confondus, de la relève nécessaire pour pouvoir continuer à l'avenir de prendre en charge des patient-e-s en toute sécurité. Le Conseil fédéral devrait au contraire travailler au renforcement de l'image de ses professions en les revalorisant, notamment à travers une rémunération adéquate et en créant suffisamment de place de formation.

Renforcement des soins coordonnés

La Plateforme Interprofessionnalité se félicite du renforcement prévu des soins coordonnés et interprofessionnels en réseaux. Le renforcement de la coopération interprofessionnelle est une demande au cœur de l'association. Pour la Plateforme Interprofessionnalité, il est cependant essentiel que les professionnel-le-s de la santé exerçant dans de différents domaines, puissent en fonction de la situation du patient

et de leurs compétences, jouer un rôle clé dans la garantie de la coordination de la chaîne de traitement.

La constitution de réseaux de soins est déjà possible sous les dispositions en vigueur actuellement et il en existe de nombreux. Une grande limite du système actuel est que le travail de coordination n'est pas rémunéré. Il est donc urgent que le travail interprofessionnel et les tâches de coordination nécessaires soient correctement rémunérés. Pour les patients complexes p.ex., cette coordination prend souvent du temps, mais à long terme, elle est utile aussi bien en termes de qualité des soins que de conséquences financières pour le système de santé, car l'hospitalisation ou encore de examens inutiles peuvent être évités.

Les dernières années ont montré que de nombreuses différentes formes de réseaux se développent, en fonction des conditions régionales. La Plateforme Interprofessionnalité préconise donc de ne pas soumettre les réseaux à des lignes directrices rigides, comme c'est le cas dans la proposition. Les professionnel-le-s de la santé doivent avoir le choix de s'affilier ou non à un réseau de soins. Les réseaux et les assureurs ont d'ailleurs besoin de liberté pour être innovants et ainsi contribuer à la maîtrise de la hausse des coûts.

En outre, en insérant comme conditions d'admission aux réseaux de soins coordonnés « l'affiliation à une communauté ou à une communauté de référence certifiée », un changement de paradigme s'opère. Le projet de loi se détourne du double caractère volontaire du domaine ambulatoire en introduisant l'obligation pour les fournisseurs de prestations et les patient-e-s de participer au dossier électronique du patient (DEP). Le principe d'autonomie, aussi bien pour les patient-e-s que pour les fournisseurs de prestations est bafoué – ce qui est inacceptable aux yeux de la Plateforme Interprofessionnalité.

Lors de la prise en charge d'un patient, pour la Plateforme Interprofessionnalité le concept de « Leadership collaboratif » est dans ce cadre important. Selon la situation le « lead » ou la « coordination » peut changer d'un-e professionnel-le à l'autre selon les compétences de chacun. Le leader a un rôle de facilitateur. Il aide les membres de l'équipe à poursuivre leur tâche dans les processus de prise en charge en vue d'atteindre l'objectif convenu ensemble.
Il s'agit d'un partenariat inscrit dans une approche participative, collaborative et coordonnée entre une équipe de professionnel-le-s de la santé, les patients et leurs proches, dans le but d'arriver à une prise de décision partagée.

Par ailleurs, pour la Plateforme Interprofessionnalité, une véritable collaboration interprofessionnelle a lieu lorsque la collaboration au sens large se fait entre les différents professionnel-le-s de la santé avec l'inclusion des patient-e-s et de leurs proches à la prise de décision. Pour la Plateforme Interprofessionnalité, les patient-e-s et les proches aidants doivent aussi être reconnus et doivent faire partie des « réseaux de soins coordonnés ».

Forfait

Il est prévu que les fournisseurs de prestations et assureurs conviennent de forfaits pour d'une part la rémunération du premier point de contact, où ce dernier reçoit un forfait annuel en fonction des assurés qui l'ont désigné comme tel. Et d'autre part pour la rémunération des réseaux de soins coordonnés, notamment pour les prestations des réseaux et pour la coordination. Le forfait couvre toutes les prestations. La Plateforme Interprofessionnalité salue que le projet de loi ait reconnu l'importance de rémunérer le travail de coordination des prestations. Cela dit, la Platforme Interprofessionnalité souhaite souligner que la collaboration interprofessionnelle ne se limite pas à la coordination, il s'agit d'une approche plus ambitieuse dans laquelle les professionnel-le-s de la santé collaborent d'égal à égal, en y intégrant le patient et ses proches. Il y a un échange de point de vue, une réflexion commune. Par la suite, l'information et la prise de décision sont partagées.

Néanmoins, la Plateforme Interprofessionnalité est très critique à l'égard de ces forfaits et rejette leur introduction. De manière générale, ils empêchent une procédure basée sur les besoins du patient. Les forfaits devraient d'abord être testés et évalués dans le cadre de projets pilotes, comme le nouvel article approuvé dans le premier parquet de mesures le prévoit. Pour la Plateforme Interprofessionnalité une telle mesure mènerait inévitablement à un rationnement des prestations de santé – ce qui est inacceptable.

Programmes de prise en charge des patients

La Plateforme Interprofessionnalité conçoit que les programmes de prise en charge doivent contribuer à rendre les soins plus coordonnés. Pour la Plateforme Interprofessionnalité il est important qu'une véritable approche de collaboration interprofessionnelle structurée soit dès le départ intégrée aux réflexions et à la mise en place de telles propositions. Pour la Plateforme Interprofessionnalité, il est important que les conditions d'admission soient conçues, structurées et mises en place de manière interprofessionnelle. Tous les groupes professionnels doivent pouvoir être impliqués en fonction de leurs compétences, là où ils peuvent apporter une contribution significative.

Transmission électronique des factures

La digitalisation du système de santé est en marche et de plus en plus de professionnel-e-s de la santé y ont recours. Elle offre de nombreuses opportunités qui peuvent notamment simplifier la bureaucratie et avoir un impact positif sur les coûts. Cela dit, la Plateforme Interprofessionnalité rejette l'introduction d'une obligation pour les fournisseurs de prestations et les assureurs de transmettre leurs factures selon un standard uniforme. D'une part, de bonnes solutions en la matière sont adoptées même en l'absence de dispositions légales. D'autre part, la Plateforme Interprofessionnalité craint une mise en place « cachée » du dossier électronique du patient (DEP), or cela conduirait à l'exclusion indésirable de parties d'une génération nécessaire au système de santé. Il est nécessaire de tenir compte du fait que la digitalisation est un réel changement culturel, favorisé par les changements de générations. Raison pour laquelle la Plateforme Interprofessionnalité demande à ce que les solutions pour permettre aux

fournisseurs de prestations de facturer par voie électronique soient simples d'utilisation.

En outre, pour la Plateforme Interprofessionnalité il est essentiel que les patient-e-s puissent recevoir les factures sous formes de papier et sans frais supplémentaires.

Promotion et prévention de la santé
Les mesures de promotion et prévention de la santé ont le potentiel de renforcer l'effet de maîtrise des coûts, car à moyen et long terme, elles permettront de modérer durablement et efficacement les augmentations de coûts dans le système de santé. En conséquence, la Plateforme Interprofessionnalité est étonnée qu'aucune mesure dans le domaine ne fasse partie du présent paquet de mesures et demande à ce que de telles réflexions soient prises en compte.

Pour les raisons étayées ci-dessus, la Plateforme Interprofessionnalité rejette le paquet de mesures présenté par le Conseil fédéral qui contient de nombreux aspects insatisfaisants.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.

Pia Fankhauser
Présidente de la Plateforme Interprofessionnalité

La Plateforme Interprofessionnalité est composée des associations / organisations suivantes :

Membres ordinaires
- Association romande des assistantes médicales (ARAM) et Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA)
- Association Spitex privée Suisse (ASPS)
- mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse
- pharmaSuisse
- Physioswiss
- Association suisse des infirmières et infirmiers ASI-SBK
- Association suisse des diététicien-ne-s ASDD
- Aide et soins à domicile Suisse (Spitex Schweiz)
- Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE)
- ChiroSuisse
- Fédération des médecins suisses (FMH)
- Association Professionnelle Suisse de MTC (Médecine Traditionnelle Chinoise)

Membres extraordinaires
- Organisation du Monde du Travail Médecine Alternative Suisse (OrTra MA)
- Conférence des Associations Professionnelles Suisse des Logopédistes

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Praxis Welti GmbH, Spalenberg 62. 4051 Basel

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis Welti GmbH

Adresse : Spalenberg 62. 4051 Basel

Kontaktperson : Herr med. pract. Marc Welti Psychiatrie und Psychotherapie FMH , Geschäftsführer

Telefon : 061 261 44 08

E-Mail : praxiswelti1@gmx.net

Datum : 06. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

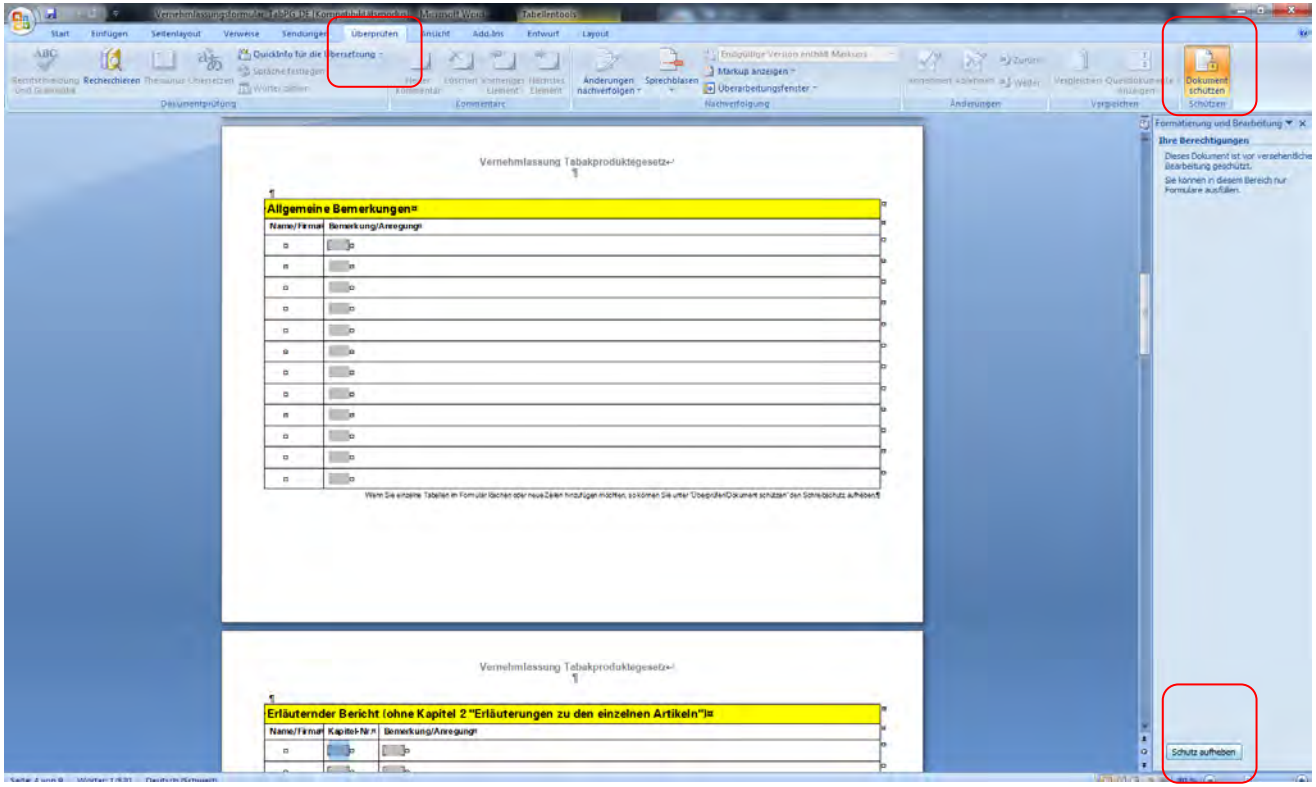
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

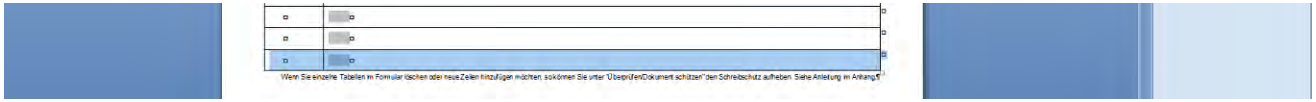
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



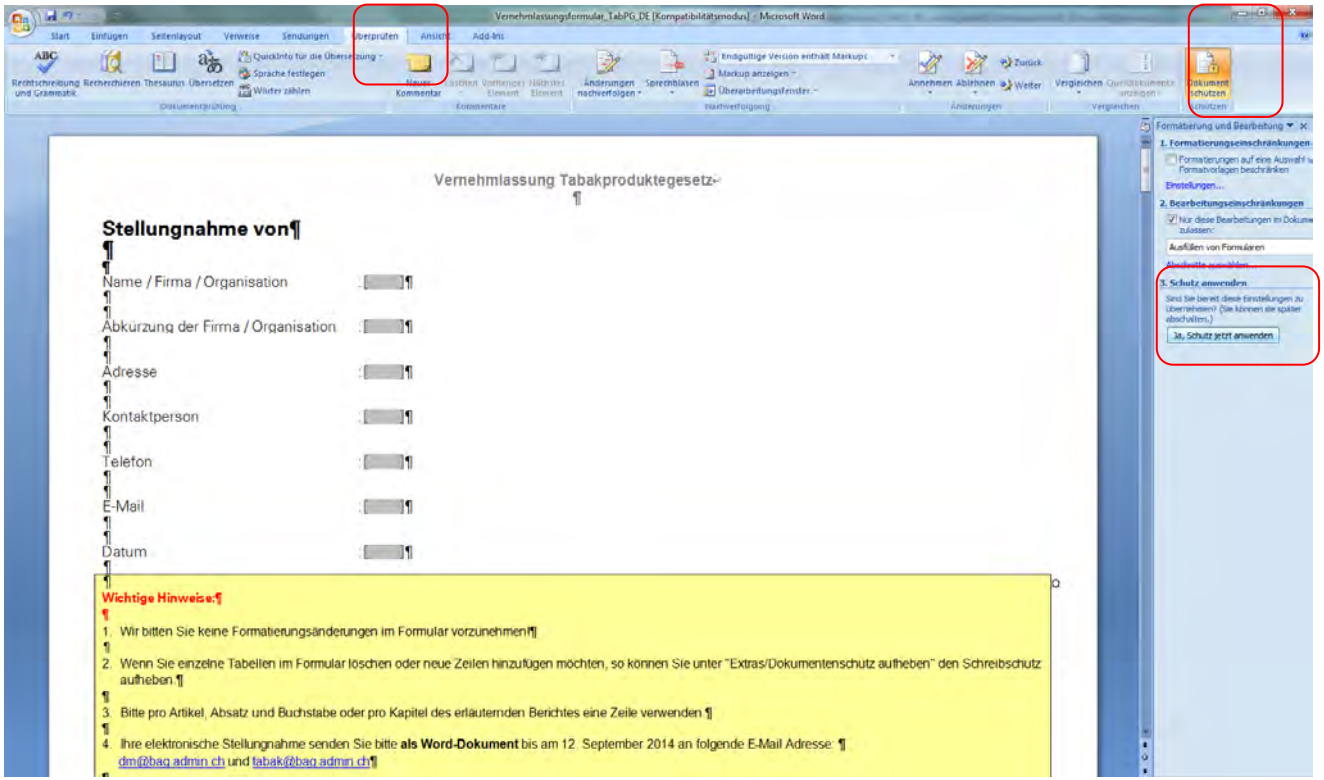
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



PRIVATKLINIK WYSS

SEIT 1845

1845 175 JAHRE PRIVATKLINIK WYSS 2020

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM	19. Nov. 2020					
GB						
GeS					9	
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Bern, 17. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative).

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, in der Vernehmlassung zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (Massnahmenpaket II) Stellung nehmen zu können.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die Klinikleitung der Privatklinik Wyss AG lehnt die Vorlage in der vorliegenden Form ab. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Aus Sicht der Privatklinik Wyss ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten.

Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI

Privatklinik Wyss AG
Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Fellenbergstrasse 34
3053 Münchenbuchsee

T +41 (0)31 868 33 33
F +41 (0)31 868 34 00
info@privatklinik-wyss.ch
www.privatklinik-wyss.ch

gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere:

- Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone.

- Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht.

- Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe.

- Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

Die Privatklinik Wyss verschliesst sich der Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten nicht. Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten

- die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden,
- die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel),
- das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden,
- der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft,
- die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert,
- die ambulante Versorgung gestärkt,
- die integrierte Versorgung gestärkt
- und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden.

Die Privatklinik Wyss unterstützt eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung. Sie spricht sich aber dezidiert gegen die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aus. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird!

Die Privatklinik Wyss engagiert sich für den regulierten fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen und lehnt die rein planwirtschaftliche und kostenbasierte Steuerung des Gesundheitswesens ab!

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen

2.1 Einführung von Kostenzielen

Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf?

In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet.

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.»

Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen.

Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein.
In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels.

Fazit: Die Privatklinik Wyss lehnt die Einführung von Kostenzielen ab. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.

2.2 Erstberatungsstelle

Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten.

Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen.

Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen, bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen.

Definition von Beratungsstellen: Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen).

Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den

Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen.

Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern.

Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung.

Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die Privatklinik Wyss lehnt die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle ab. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.

2.3 Stärkung der koordinierten Versorgung

Die Privatklinik Wyss unterstützt die Stärkung der koordinierten Versorgung. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden.

Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.

Fazit

Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Die Privatklinik Wyss lehnt das Kostendämpfungspaket II in der vorliegenden Form ab!

Mit freundlichen Grüssen

Privatklinik Wyss AG

Dr. med. Christian Imboden
Ärztlicher Direktor und Vorsitzender der Klinikleitung

Andrea Hessing
Pflegedirektorin

Nadine Angele
Direktorin Finanzen, ICT und Services

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Psychiatrie Baselland
Abkürzung der Firma / Organisation	PBL
Adresse	Bienentalstrasse 7, 4410 Liestal
Kontaktperson	Barbara Schunk, CEO
Telefon	061 553 50 01
E-Mail	barbara.schunk@pbl.ch
Datum	10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziels vorgesehenen Massnahmen sind planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Er spricht sich zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und steht für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
	Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen schränken die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall ein. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenz zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von potentiell psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und damit eine sachgerechte Triage vorzunehmen. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Fachexpertise und Weiterbildung.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gerade bei chronifizierten Krankheiten und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - Erstberatungsstellen für psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, direkt bei psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. In der Psychiatrie besteht - anders als in vielen anderen Fachgebieten - nachweislich eine starke Unterversorgung (z.B. wegen Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten mit Psychosen und somatoformen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert werden. Längerfristig führt dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führt, dass möglichst gesunde Risiken und Patienten/innen mit leichten bzw. mit komplexen psychischen Störungen selektioniert werden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt wird. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Die Folge wären Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen mit entsprechenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die systemrelevanten sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würde die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil die aktuellen (TARMED) und geplanten (TARDOC) Tarifsysteme die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlich gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen werden und zu einer Segregation zwischen leichten und komplexen schweren Krankheitsbildern führen. Kranke Personen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten werden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozialpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegenden, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig ausgeprägt ist. Insbesondere ist die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen ein Hinderungsgrund. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und TARDOC nicht abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind (das ist der Grund, warum DRGs sich in der Psychiatrie nicht bewährt haben), schlagen wir ein Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen.	
	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Abkürzung der Firma / Organisation	PUK
Adresse	Lenggstrasse 31 8032 Zürich
Kontaktperson	Markus Merz
Telefon	+41 44 384 22 24
E-Mail	markus.merz@pukzh.ch
Datum	10. Dezember 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Das KVG hat grundsätzlich zum Ziel, Rahmenbedingungen zu schaffen für einen (zugegebenermassen regulierten) Wettbewerb im Gesundheitswesen. Sollte dieses System nicht mehr genehm oder effizient genug sein, muss transparenterweise das System angepasst werden. Mit den vorliegenden Massnahmen entstehen Widersprüche im bestehenden System, da die Massnahmen im Gegensatz zur Idee des KVG interventionistisch, wenn nicht sogar etatistisch sind.
	Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs Einmal mehr ging die institutionelle Psychiatrie vergessen. Als die grösste psychiatrische Klinik der Schweiz legen wir unsere Argumente selbstredend aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie dar. Wir lehnen insbesondere die folgenden beiden Anpassungen ab. 1) Einführung von Erstberatungsstellen im Sinne eines Gatekeepers 2) Einführung von Kostenzielen Ergänzend und im Übrigen unterstützen wir die Haltung bzw. Argumentation von H+ **Begründung** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen schränken die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall ein. - Es ist bekannt, dass Ärzte von allgemeiner und innerer Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin, psychiatrisch nicht geschult sind. Dies, obwohl die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen sehr hoch und weiter zunehmend ist. Trotzdem verschreiben viele Allgemeinärzte häufig Antidepressiva, weil sie meinen, gut geschult zu sein. Das aber führt zu häufigen Fehldiagnosen. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenz zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von potentiell psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und damit eine sachgerechte Triage vorzunehmen. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert

	eine langjährige Fachexpertise und Weiterbildung. - der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gerade bei chronifizierten Krankheiten und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - Erstberatungsstellen für psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, direkt bei psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. In der Psychiatrie besteht - anders als in vielen anderen Fachgebieten - nachweislich eine starke Unterversorgung (z.B. wegen Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten mit Psychosen und somatoformen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert werden. Längerfristig führt dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führt, dass möglichst gesunde Risiken und Patienten/innen mit leichten bzw. mit komplexen psychischen Störungen selektioniert werden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt wird. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Die Folge wären Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen mit entsprechenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die systemrelevanten sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würde die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil die aktuellen (TARMED) und geplanten (TARDOC) Tarifsysteme die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden. - Das vorgeschlagene Modell verunmöglicht eine spezialisierte und gute Gesundheitsversorgung und riskiert höhere Folgekosten

2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)*

Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil:

- Kostenziele einem staatlich gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden.
- Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.
- Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen.
- Die Halbwertszeit von medizinischem Wissen ist ca. 3 Jahre, als um ein vielfaches kürzer als politische Planungsprozesse.
- Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen.
- Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen werden und zu einer Segregation zwischen leichten und komplexen schweren Krankheitsbildern führen. Kranke Personen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden.
- Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden.
- Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich.
- bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten werden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen wird.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozialpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegenden, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/ innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig ausgeprägt ist. Insbesondere ist die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen ein Hinderungsgrund. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und TARDOC nicht abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind (das ist der Grund, warum DRGs sich in der Psychiatrie nicht bewährt haben), schlagen wir ein Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen.	
	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : PULSUS

Abkürzung der Firma / Organisation : PULSUS

Adresse : Lidostrasse 6, 6006 Luzern

Kontaktperson : Prof. Dr. Marcus M. Maassen/ Lic. iur. Hugo Brücker

Telefon : 041 375 35 18

E-Mail : m3@hno-luzern.ch / hugo@bruecker.swiss

Datum : 9. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:

   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 4

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 9

Weitere Vorschläge 16

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! V erweisquelle konnte nicht gefunden werden.PULSUS	PULSUS ist eine Vereinigung aus Ärzten und Therapeuten in der Schweiz. Die Vereinigung PULSUS besteht seit 1983 und setzt sich für eine freie und sozial verantwortbare Medizin ein. 2012 hat PULSUS zusammen mit der FMH und verschiedenen anderen Organisationen die Initiative gegen die Managed Care Vorlage ergriffen und schliesslich das Referendum gegen die Managed Care Vorlage initiiert. PULSUS vertritt die Interessen von Patienten, Ärzten und Therapeuten sowie mehreren Verbänden. Seit mehr als 20 Jahren hat PULSUS regelmässig an Regulierungsbestrebungen und an Vernehmlassungen teilgenommen. Vitales Interesse von PULSUS ist die Erhaltung einer freiheitlichen und sozial verantwortbaren Medizin. Die gute Leistungsfähigkeit des Schweizer Gesundheitswesens soll nachhaltig erhalten bleiben. Dazu ist ein schonender Umgang mit den Ressourcen erforderlich. Schon bei der Ablehnung der Managed Care Vorlage 2012 hat sich gezeigt, dass das Schweizer Stimmvolk gegen eine Einschränkung der freien Arztwahl ist. PULSUS ist nach wie vor der Überzeugung, dass die freie Arztwahl ein wesentliches Qualitätsmerkmal eines leistungsfähigen Gesundheitswesens und von mündigen Patienten ist. PULSUS ist deshalb vehement gegen die in diesem Gesetzgebungsentwurf vorgesehene Einschränkung der freien Arztwahl. PULSUS lehnt ebenfalls die Einführung eines Globalbudget mittels eines Kostendaches dezidiert ab. In der Änderung zum Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) werden die behördlichen Steuerungselemente und grundlegende Strukturveränderungen in einer Art und Weise angedacht, dass in Zukunft ein auf Tarifpartnerschaft basierendes, freiheitliches und sozial verantwortbares Gesundheitswesen zu grossen Teilen verunmöglicht oder gar abgeschafft wird. Die vorgesehenen, weitreichenden Kompetenzen des Bundesrates werden zu einem reinen Verordnungs-Diktat ohne Einbezug der Leistungserbringer, ja schlussendlich auch der Patienten führen.

	Haben Sie besten Dank für die Implementierung unserer Kommentare in der Vernehmlassungsauswertung und Berücksichtigung in der Stellungnahme an das Parlament. Grundsätzliche Positionen von PULSUS zum Kostendämpfung - Pakets 2: **1. Keine verdeckte Steuererhöhung** Die vom Bundesrat vorgesehenen Massnahmen führen zu Zielvorgaben mit einem Kostendach, welches behördlich festgelegt wird und nur sehr träge korrigiert werden kann. Damit wird auf mehreren Ebenen ein Globalbudget gesetzlich verankert, ohne Rücksicht auf Patienten, Leistungserbringer und Entwicklungen im Gesundheitswesen. Dies führt zu einer weiteren Bürokratisierung der Medizin mit weitreichender Depersonalisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Zudem werden die vorgesehenen Massnahmen kaum zu echten Einsparungen im Gesundheitswesen führen, denn es ist bis jetzt in keinem anderen Land gelungen, mit Globalbudgets Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Stattdessen sind die Kosten immer mehr gestiegen, nicht zuletzt durch den Ausbau staatlicher Kontrollinstanzen und behördlicher Strukturen. Auch im Kostendämpfung - Paket 2 würde schlussendlich der Steuerzahler die Kosten der zunehmenden Staatsverwaltung zahlen. Die Qualität der medizinischen Leistungen würde sich in Analogie zu den Ländern, die ähnliche Massnahmen umgesetzt haben, verschlechtern statt verbessern. Wartelisten auf medizinische Leistungen würden unvermeidbar sein und verdeckte Rationierungen würden auch in der Schweiz zur Realität werden. Dadurch wird sich die Qualität des Gesundheitswesens eben nicht verbessern, sondern leider verschlechtern. **2. Kein Globalbudget** Die den Bundesrat beratende Expertengruppe stützt sich auf Kostensenkungsmodelle, wie Sie beispielsweise im Vereinigten Königreich von Grossbritannien, Schweden, Deutschland und den Niederlanden praktiziert werden. Die Expertengruppe beschreibt allerdings nicht die erwiesen nachteiligen Konsequenzen, die für die Patienten in diesen Ländern teilweise massive Verschlechterungen der Gesundheitsdienstleistungen zur Folge hatten. Ein Vergleich dieser Länder mit der Schweiz ist nicht gerechtfertigt, da hier eine höhere Patientensicherheit und bessere Qualität der medizinischen Leistungen besteht. Beispielsweise gibt es in UK Rationierungen von bestimmten orthopädischen Operationen, sodass ältere, wohlhabende Patienten sich als Selbstzahler ins Ausland begeben müssen, damit Sie dort operiert werden können. Dies führt in England zu einer Zweiklassenmedizin. Derjenige, der sich Operationen leisten kann, lässt diese im Ausland für sich erbringen – derjenige, der nicht über die finanziellen Ressourcen verfügt, wird mit Schmerztabletten behandelt. In Deutschland musste wegen sehr langer und unerträglicher Wartelisten für Facharzttermine sogar eine staatliche Terminvergabe-Koordinationsstelle eingerichtet werden, damit die Patienten keine mehrwöchigen Wartezeiten auf dringende Arzttermine haben. Der Zugang zu fachärztlichen Leistungen ist dort mit

	einer massiv längeren Wartezeit auf Termine verbunden als in der Schweiz. Dadurch werden Diagnosen verschleppt und erforderliche Therapien oft zu spät eingeleitet. Aktuell ist die Versorgung in der Schweiz immer noch auf einem hohen Niveau und bietet allen Versicherten einen umfassenden und uneingeschränkten Zugang zu medizinisch notwendigen Behandlungen. Es ist nicht nachzuvollziehen, dass die schlechten Erfahrungen im Ausland mit Globalbudgets jetzt durch die Einführung der im Kostendämpfung - Paket 2 vorgesehenen budgetierten Vorgaben auf die Schweiz übertragen werden sollen. Der bisherige gesetzliche Rahmen in der Schweiz ist gut geeignet, um einen regulierten Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen sicherzustellen. Würden diese vorgesehenen Massnahmen umgesetzt werden, ist abzusehen, dass auch in der Schweiz Wartelisten auf Facharzt- und Operationstermine resultieren werden, und dabei die Patienten nicht mehr uneingeschränkten Zugang zu ihren nötigen Behandlungen erhalten, was somit auch in der Schweiz schlussendlich die Rationierung medizinischer Leistungen bedeuten würde. **3. Keine Abschaffung der freien Arztwahl** 2012 haben die stimmberechtigten Schweizer mit überwältigender Mehrheit von 76% Nein-Stimmen gegen die Einschränkung der freien Arztwahl gestimmt. Die Vereinigung PULSUS war damals an führender Stelle beteiligt am Referendum gegen die Managed Care Vorlage. Mit der jetzt vorgeschlagenen Massnahme einer Erstberatungsstelle für medizinische Konsultationen wird de facto die freie Arztwahl erheblich eingeschränkt. Bereits heute sind 70% der Schweizer Bevölkerung in Versorgung-Netzwerken angeschlossen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Schweizer Bevölkerung auch 10 Jahre nach der Managed Care Abstimmung gegen eine Abschaffung der freien Arztwahl stimmen würde, weil der Zugang zur einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung individuell massiv eingeschränkt wird. Das Kostendämpfung - Paket 2 entmündigt die Bürger bei der freien Arztwahl und führt zu Regulierungen, in der die Kostenentwicklung zunehmend prioritär wird. Bürokratische Zahlen und Vorgaben werden das ärztliche Gespräch leider immer mehr beeinflussen zum sicheren Nachteil der Patienten. **4. Keine postulierte Qualitätsverbesserung** Die von der Expertenkommission postulierten qualitätsverbessernden Massnahmen des Kostendämpfung - Pakets 2, haben in den Ländern, in denen sie implementiert wurden (UK, NL, D), nicht zu einer Qualitätsverbesserung geführt. In diesen Ländern existiert bereits ein Kostendach und ein Globalbudget. Die Ressourcen für kostenintensive Behandlungen wie z.B. die Behandlung auf Intensivstationen sind in Grossbritannien wesentlich geringer als in der Schweiz. Gerade in Zeiten einer Pandemie ist es jedoch wichtig, dass ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen. Einer der kostenintensivsten Faktoren im Gesundheitswesen sind die Personalkosten. International zeigt sich eine Knappheit an gut ausgebildetem medizinischem Pflegepersonal und auch ärztlichem Personal. Würde ein Kostendach realisiert werden, müsste man bei den Personalkosten ansetzen, Löhne und Vergütungen reduzieren. Die Schweiz würde ein Abwandern von Fachkräften riskieren. Wenn diese Fachkräfte nicht mehr in genügendem Masse zur Verfügung stehen, wird das unweigerlich zu einer Verschlechterung der Qualität der Behandlungen führen. Das Kostendämpfung

	- Paket 2 wird sogar finanzielle Mittel der Patientenbehandlung entziehen und in die staatliche Zusatzregulierung umverteilen. Ein Kostendämpfung - Paket 2, das die Verwaltungskosten in die Höhe treibt, die medizinische Qualität jedoch reduziert, lässt sich nicht rechtfertigen. **5. Kein ungebremstes Wachstum der Gesundheitskosten** Das Kostenwachstum der Gesundheitskosten betrug 2017 2.6%. Damit lag das Kostenwachstum unter dem Zielwert der Vorlage. Somit findet bereits durch die bisher eingeleiteten Massnahmen des Bundesrates eine Kostendämpfung statt. Die bisherige Entwicklung der Gesundheitskosten bei gleichzeitig bestehender hoher Versorgungsqualität rechtfertigen daher nicht einen Systemwechsel in Richtung Globalbudget und weitergehenden staatlichen Regulierungen. **6. Kein Ausbau der Staatsmedizin** Die neuen Kompetenzregelungen sind sehr weitreichend und erlauben einen umfassenden behördlichen Gestaltungsspielraum. Zentral ist, dass durch das Kostendämpfung - Paket 2 die staatlich gelenkte Medizin ausgebaut wird durch neue Gesetze und Verordnungen, die alle genau und konsequent in diese Richtung zielen. Dies ist schlussendlich mit verdeckten Mehrkosten für den Steuerzahler verbunden. **7. Massnahmen zur Kostendämpfung widersprechen sich selbst** Die zu erwartenden Kosteneinsparungen sind nicht präzise spezifiziert. Auf Seite 86 des Berichtes wird der Umfang der Kosteneinsparungen auf mehrere Millionen Franken bzw. bis zu einer Milliarde Franken geschätzt. Allein schon die Spanne von mehreren Millionen Franken bis zu einer Milliarde zeigt, dass die Schätzungen keine hohe Prognosequalität haben. Die Annahme, bis zu einer Milliarde Franken durch den geplanten Systemwechsel einsparen zu können ist nicht begründet. Im internationalen Vergleich gibt es wie schon gesagt keine Beispiele, dass durch ein Globalbudget Kosten gesenkt werden konnten. In allen Ländern der Welt - auch solchen mit Globalbudget - sind die Gesundheitskosten ähnlich gestiegen. Es widerspricht sich doch, einerseits eine Milliarde Franken Kosten sparen zu wollen und andererseits, massive Zusatzkosten zu verursachen in der Verwaltung durch Ausbau der behördlichen Infrastruktur, der Kontrollmechanismen und der dadurch ausgelösten Erhöhung der administrativen Personalkosten. Es ist vielmehr zu erwarten, dass nach Abzug dieser zusätzlichen Ausgaben kaum Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden. Wenn nicht glasklar begründet werden kann, dass tatsächlich Kosten gedämpft werden, lässt sich das Kostendämpfung - Paket 2 mit seinen schweren Nachteilen für die Patienten und die Struktur des Gesundheitswesens niemals rechtfertigen. Wir denken, die Vorlage ist ein Mogelpaket, das den Patientinnen und Patienten unter dem Vorwand der Kostendämpfung Sand in die Augen streut, damit sie nicht sehen, dass langfristig nur sie und ihre Ärzte die Verlierer sein werden. -

	PULSUS bedankt sich für die Berücksichtigung der oben genannten Argumente.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
PULSUS	32	3		Das aktuelle Regelwerk der WZW-Kriterien besteht und hat sich bewährt. PULSUS ist gegen einen WZW-Überprüfungsmechanismus, der Begründungen für zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte. Der Nutzen dieses neuen Mechanismus ist zu vage. Die administrativen Kosten stehen nicht im Verhältnis zum Nutzen. Bei menschlichem Leid ist Wirtschaftlichkeit immer ein zu relativer Parameter. Das wird ein Betätigungsfeld für medizinische Schreibtischtäter!	
PULSUS	33	3bis		Nach Art. 33 erhält der Bundesrat die Kompetenz, die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen, zu definieren. Er regelt überdies die Voraussetzungen für die Durchführung der Programme. Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Daher ist PULSUS vehement gegen diesen Absatz.	
PULSUS	36b	3	b	«*Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen*»: Dies bedeutet eine massive Erweiterung der Kompetenz des Bundesrats, ein Einschnitt in die Freiheit und in die Selbstverwaltung der Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerken. Der Bundesrat erhält die Machtbefugnis, «die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette» festzulegen. Dieses ist faktisch ein Systemwechsel zu einer definitiv staatlichen Überregulation. PULSUS lehnt daher diesen Artikel ab.	

PULSUS	36b	3	e	*Die vom Bundesrat an die Zulassung geknüpften Voraussetzungen umfassen «Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen.»* Mit diesem Artikel erhält der Bundesrat die Befugnis, massiv in die operationelle Unternehmensführung einzugreifen. Dadurch wird die staatliche Regulation verdichtet und damit werden schlussendlich die Erbringerkosten deutlich erhöht. Es wird zunehmend unattraktiver, eine Arztpraxis zu führen. Versorgungsnetzwerke würden einer noch stärkeren staatlichen Regulierung unterliegen. Die bisherige Formulierung erlaubt einen sehr weit reichenden Daten-Abgriff. Der Datenschutz ist nicht mehr genügend gewährleistet. PULSUS lehnt diesen Absatz daher ab.	
PULSUS	40a	1		*«Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.»* Die freie Arztwahl wird damit für OKP-Versicherte praktisch abgeschafft. Das Stimmvolk hat sich Jahr 2012 gegen eine Einschränkung der freien Arztwahl ausgesprochen. PULSUS ist vehement gegen die Einschränkung der freien Arztwahl.	
PULSUS	40a	3	c	*«Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:* *a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:* *1. Allgemeine Innere Medizin,* *2. Kinder- und Jugendmedizin,* *3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt;»* Würde die Erstberatungsstelle so umgesetzt, wäre dies eine massive Diskriminierung der Spezialisten gegenüber den Allgemeinmedizinern. Dieser Artikel ist daher einseitig, unfair und gegen eine gesundheitspolitische Solidarität in der Schweiz. Daher lehnt PULSUS diesen Absatz vehement ab.	

PULSUS	40a	4		*«Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen).»* Die vom Kanton definierten Zulassungsvoraussetzungen für die Erstberatungsstellen sind völlig unklar. Es ist jedoch zu erwarten, dass zusätzliche kantonale Stellen geschaffen werden müssen, damit der staatliche Interventionismus ausgebaut noch mehr ausgebaut werden kann. Daher lehnt PULSUS diesen Absatz ab.	
PULSUS	40a	6		*«Ist der Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies.»* Das Format dieses Artikels ist geeignet, einer sozial nicht zu verantwortenden Patientenselektion Vorschub zu leisten. Sollte eine Ablehnung von Patienten möglich sein, würde dies zu einer Patienten- und damit Risikoselektion führen und ist daher als unethisch abzulehnen. Dieser Absatz wird daher von PULSUS abgelehnt.	
PULSUS	40a	7	a	«Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen: a. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann; b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann. « Wie ein Wechsel der Erstberatungsstelle erfolgen kann, wird nicht definiert. Statt bei den Patienten auf Eigenverantwortung zu setzen, wird der Patient bevormundet und einem bundesrätlich definierten Erstberatungszwang ausgesetzt. Es ist mehr als fraglich, ob diese Massnahme auch in ländlichen Gebieten umgesetzt werden kann. Auch bezweifelt PULSUS, dass es der Qualität des Schweizer Gesundheitswesen dienlich ist, die Regulierungskompetenz des Bundesrates und damit der Verwaltung derartig auszudehnen. Daher lehnt PULSUS diesen Absatz ab.	
PULSUS	40c	1/2		*«Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.*	

				Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.» Obwohl das Stimmvolk 2012 die Managed Care-Vorlage eindeutig abgelehnt hat, würde mit diesem Artikel ein System einer Kopfpauschale eingeführt, die klassische Züge eines Managed Care-Systems hätte. Ein derartiges System profitiert von einer grossen Anzahl gesunder Patienten, weil damit eine Leistungspauschale in Anspruch genommen werden kann, ohne eigentliche Leistungen zu erbringen. Eine Leistungspauschale pro Kopf ohne eine Leistung zu erbringen, widerspricht dem Ziel einer Kostensenkung. Die Folgen werden sein, dass ältere und chronisch Kranke diskriminiert werden. Nach der Einschätzung von PULSUS ist dieser Artikel sozial nicht verantwortbar und missachtet den Volkswillen. Daher lehnt PULSUS diesen Absatz vehement ab.	
PULSUS	40c	3		*«Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.»* Völlig unklar ist indes die Grössenordnung der Höhe der Pauschale. Es wird eine Regulierung vorangetrieben, deren finanzielle Auswirkungen völlig unklar sind und deren rechtliche Risikoabschätzung nicht in hinreichendem Masse geprüft wird. Das Prinzip der Partnerschaftlichkeit wird aufgehoben zu Gunsten behördlicher Tarifdiktate. Das Anhören der Tarifpartner ist nur ein lächerliches Feigenblatt zur Kaschierung der neuen behördlichen Kompetenzen. Daher lehnt PULSUS diesen Artikel ab.	
PULSUS	40c	4		*Der Bundesrat «bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten».* PULSUS vertritt die Rechtsauffassung, dass es nicht Sache des Bundesrates sein sollte, unabhängig vom aktuellen Leistungskatalog einen ausserplanmässigen Sonderleistungskatalog zu definieren. Aus diesem Grund lehnt PULSUS diesen Artikel ab.	
PULSUS	41 - 42			*«Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer, einschliesslich der Erstberatungsstelle, beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3).*	

				Mit diesem Absatz würde die freie Arztwahl definitiv ausgehebelt, weil den Versicherern die Entscheidungsbefugnis zukommen wird, welcher Arzt zu welchen Konditionen auf die Auswahlliste aufgenommen werden wird.	
PULSUS	48a			*«Die Tarifpartner vereinbaren Pauschalen nach Artikel 43 Absatz 3 zur Vergütung:* *a. der Leistungen, die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung anbieten»* Von den Pauschalen würden medizinische Anbieter profitieren, die über viele Netzwerkpartner verfügen. Durch den Skalierungseffekt würden Pauschalen für wenig Leistung angeboten werden. Dies wird zu einer Wettbewerbsverzerrung gegenüber den Einzelpraxen und Kleinunternehmen führen. In Analogie zu den Managed-Care-Systemen werden die Grossanbieter profitieren, die eine Koordinierungspauschale erhalten, bei denen jedoch keine älteren oder chronisch kranken Patienten behandelt werden. Diese Massnahme ist sozial nicht verantwortbar und führt zu einem Qualitätsverlust. PULSUS spricht sich daher gegen diesen Absatz aus.	
PULSUS	54			«*1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele)* *a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;* *b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz.* *2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:* *a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen;* *b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. «* Die als Kostenziel beschriebenen Massnahmen führen in der Konsequenz zu einem Globalbudget. Aus den Erfahrungen in den Niederlanden, Grossbritannien und Deutschland	

				könnte die Schweiz lernen, dass Globalbudgets immer mit Rationierungen der medizinischen Leistungen einhergingen und der Einführung von Wartelisten auf Behandlungsmassnahmen. Würden die oben genannten Massnahmen Inkrafttreten, wäre dies eine Abkehr von einem qualitativ hochwertigen und sozial verantwortbaren Gesundheitssystem in der Schweiz. Daher käme die Annahme des Artikels 54 einem radikalen Systemwechsel gleich. Ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen, welches auch in Krisenzeiten im internationalen Vergleich einen hohen Qualitätsstandard hat, wird durch ein gedeckeltes Zwangsbudget in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. PULSUS ist prinzipiell gegen die Einführung eines Globalbudgets. PULSUS ist auch gegen die vertikale Einführung nationaler, kantonaler oder fachgruppenspezifischer Budgets. Die Solidarität im Gesundheitswesen steht auf dem Spiel, weil auf unterschiedlichen Ebenen die Leistungserbringer gegeneinander ausgespielt werden. Die vorgesehenen Massnahmen in Art. 54 führen hingegen zu einer Entsolidarisierung im Gesundheitswesen und auch mit anderen Organisationen, die sich für eine sozial verantwortbare Medizin einsetzen. PULSUS lehnt diesen Artikel vehement ab.	
PULSUS	54	e		*«Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für Kostenziele ein»* Auf der einen Seite sollen Kosten gespart werden, auf der anderen Seite wird eine neue Kommission eingesetzt, die wiederum eine neue Infrastruktur und eine neue personelle Ausstattung und Zukunftsausstattungen benötigt. Die staatliche Medizin und deren Administration werden damit ausgebaut. Kostenziele zu erarbeiten bedeutet schlussendlich eben doch behördlich-diktatorische Massnahmen auszuarbeiten, um gewachsene medizinische Bedürfnisse herunter zu regulieren und damit die Arbeit am Patienten einzuschränken. Es werden somit finanzielle Mittel dem Gesundheitswesen entzogen, die eigentlich für die Patientenversorgung benötigt werden. Völlig unklar ist, inwieweit dieser administrative Kostenfaktor seine Berücksichtigung findet in den postulierten Einsparmöglichkeiten von einer Milliarde Franken Die Vereinigung PULSUS lehnt daher den Art. 54 ab.	

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : PPP

Adresse : Birmannsgasse 39, 4055 Basel

Kontaktperson : Pract. med. Ralph Lüthy

Telefon : 061 271 37 09

E-Mail : ralph.luethy@hin.ch

Datum : 16. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

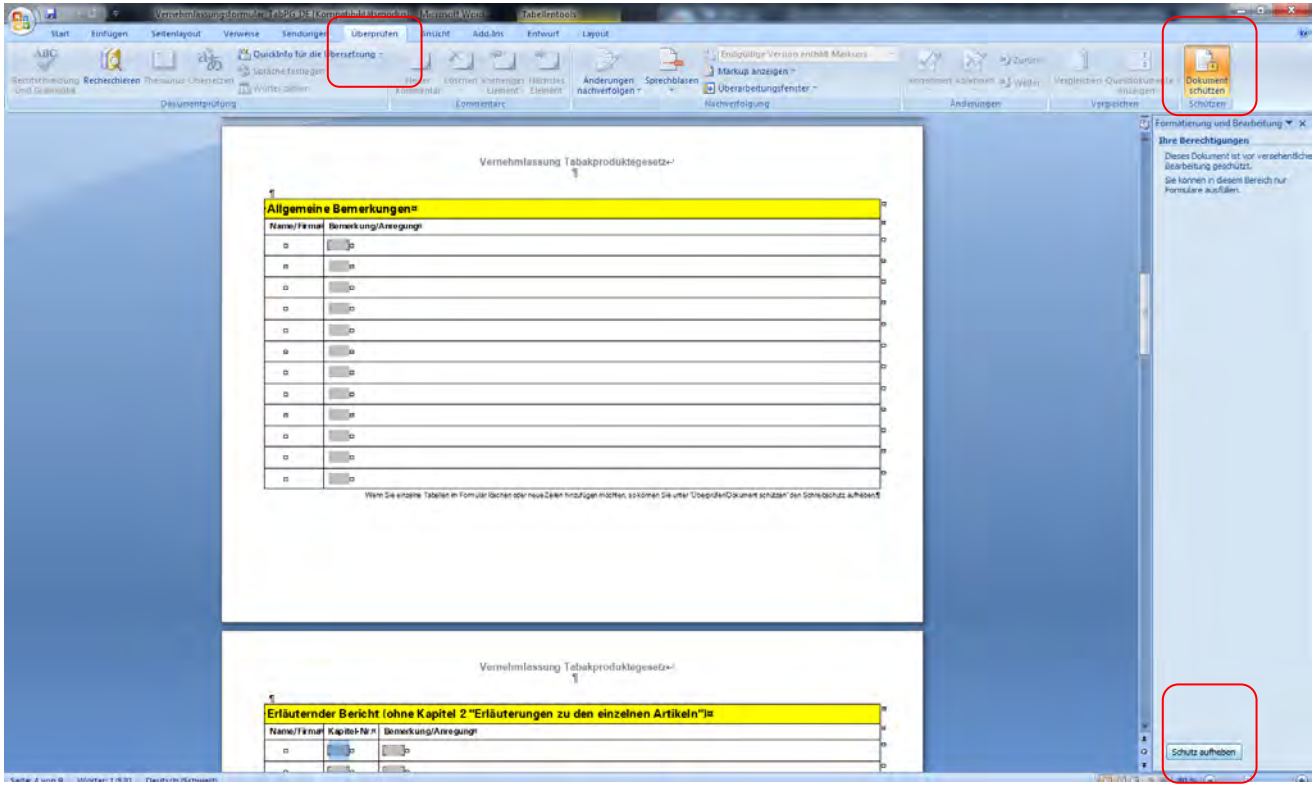
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
PPP	40a-d	Telemedizinische «Beratung» verursacht Mehrkosten und Behandlungsverzögerungen. In einzelnen Fällen wurde bekannt, dass es sich bei der Telefonberatung nicht um medizinisches Personal handelte und schon zu schweren Zwischenfällen geführt hat. In der Konsequenz verursacht das auch unnötigen Mehraufwand und Kosten. Zuweisung von Telemedizinischen Firmen waren teilweise aggressiv zugestellt und unprofessionell, mangelhaft geschrieben.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

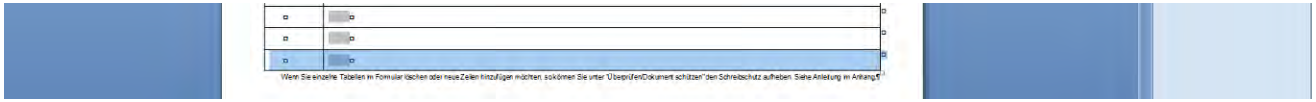
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



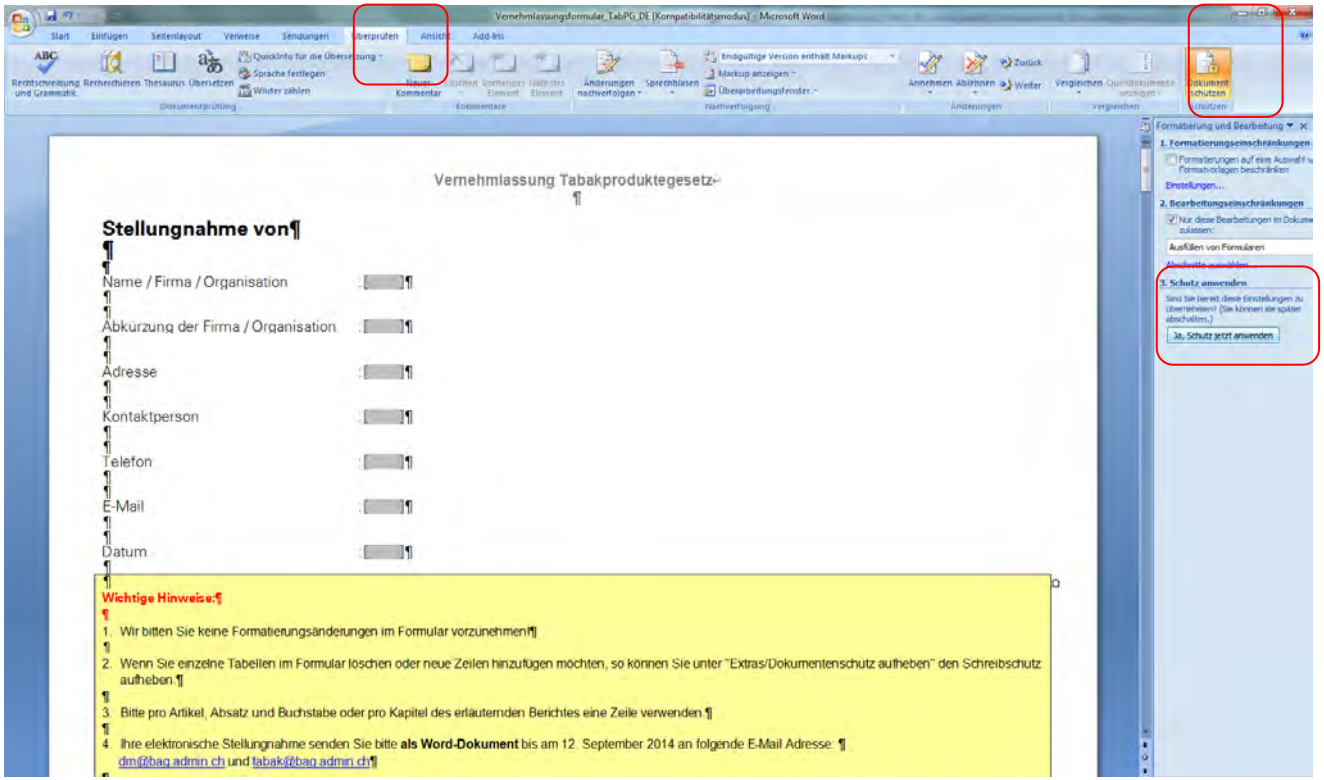
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Praxis für Dermatologie (Dr. R. Holzinger, Dr. Ch. Riess, Dr. A. Enderlin, Dr. F. Schmid)

Abkürzung der Firma / Organisation : PFD

Adresse : Seefeldstrasse 4, 8008 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Rosmarie Holzinger-Schultheiss

Telefon : 044 2621929

E-Mail : holzinger@derm.ch

Datum : 9.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
PFD	Als frei praktizierende Dermatologen in einer Gruppenpraxis sind wir seit über 20 Jahren bestrebt, kostengünstig und effizient alle dermatologischen Probleme der Patienten innert kürzest möglicher Zeit zu lösen. Wir tragen massgebend zu einer kostengünstigen Versorgung der Patienten bei. Wir lehnen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).

	Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Wir lehnen die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Wir erachten fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an

	der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern

	werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
PFD	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
PFD	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
PFD	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
PFD	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
PFD	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

PFD	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die PFD kategorisch ab.	
PFD	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
PFD	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
PFD	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
PFD	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
PFD	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
PFD	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

PFD	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
PFD	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die PFD lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
PFD	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
PFD	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
PFD	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
PFD	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Befremden habe ich von Ihren neuen Kostendämpfungsmassnahmen erfahren und will mich dagegen aussprechen, und zwar aus folgenden Gründen:

Kostenziele ist ein anderer Name für Globalbudget und staatliche Steuerung. Die Einführung einer Erstberatungsstelle bedeutet Gatekeeping, im schlimmsten Fall durch «nichtärztliches» Personal. Daran stosse ich mich sehr, da nur Aerzte die Notwendigkeit einer medizinischen Therapie abschätzen können. Die von Ihnen vorgeschlagene koordinierte Versorgung bedeutet Netzwerke mit Budgetverantwortung, evt. sogar Pauschalentlöhnung. Das Kostengünstigkeitsprinzip würde die WZW-Kriterien ablösen und neu eine permanente (statt punktuell bei verdächtigen Hinweisen) Kostenkontrolle/Ueberprüfung bedeuten. Das könnte wiederum zu einem Zwang zur günstigsten/billigsten Behandlung führen, was für Patienten eine verheerende Auswirkung hat.

So bitte ich Sie, diese Ausführungen zu beachten und grüsse Sie freundlich.

Dr. med. C. Ruoss

Dr. med. Cécile Ruoss
Fachärztin FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Grellingerstr. 68
4052 Basel

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Ge4sundheitszentrum Allschwil:

Abkürzung der Firma / Organisation :

Baslerstrasse 126 :

Dr.med. Sabine Utermann :

061 485 93 93 :

sabine.utermann@web.de :

Datum 21.10.2020 :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 700 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dr. med. Sabine Wever :

Dermatologie am Rhein

Blumenrain 20, 4051 Basel

s.o. :

061 261 68 88 :

Dermatologie-am-rhein.ch :

27.10.20 :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Als Ärztin trage ich durch engagierte und differenzierte Behandlungen tagtäglich dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. In meiner Arbeit sehe ich leider auch zu späte und zögerliche Behandlungen und befürchte, dass eine staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat zu einer Verschlechterung der Versorgung führt. Gerne verweise ich diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in

	welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und

	umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche

	Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Salina Medizin AG (Rehaklinik)

Abkürzung der Firma / Organisation : SMAG

Adresse : Roberstenstrasse 31

Kontaktperson : Frau Sabine Eglin Buser

Telefon : 061 836 67 24

E-Mail : sabine.eglin@parkresort.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 9

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 14

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SMAG	Die Vorlage wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Leider ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten. Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein (leider kann ein Privatspital wie die Salina Rehaklinik keine Armeeleistungen beziehen, stellt sich jedoch zur Aufnahme von COVID-Patienten zur Verfügung). Zu nennen sind insbesondere: ➢ Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone. Gerade ein Privatspital trug in Vergangenheit die Infrastrukturkosten alleine. ➢ Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht. ➢ Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. ➢ Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

	Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten ➢ die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden, ➢ die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel), ➢ das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden, ➢ die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden, ➢ der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft, ➢ die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert, ➢ die ambulante Versorgung gestärkt, ➢ die integrierte Versorgung gestärkt ➢ und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden. Eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung wird unterstützt, die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aber dezidiert abgelehnt. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird! Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
SMAG	**Einführung von Kostenzielen** Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

	Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet. Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.» Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen. Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

	käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Fazit: Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.
SMAG	**Erstberatungsstelle** Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten. **Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich:** Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen. Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

	Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen. **Definition von Beratungsstellen:** Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen). Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse. Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern. Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

	Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung. Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wird abgelehnt. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.
SMAG	**Stärkung der koordinierten Versorgung** Die Stärkung der koordinierten Versorgung wird unterstützt. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden. Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.
SMAG	**Fazit** Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Das Kostendämpfungspaket II wird in der vorliegenden Form abgelehnt!

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SMAG	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»
SMAG	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme**

				Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
SMAG	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …
SMAG	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle**

				Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
SMAG	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.
SMAG	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung

				Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
SMAG	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
SMAG	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich: a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt.

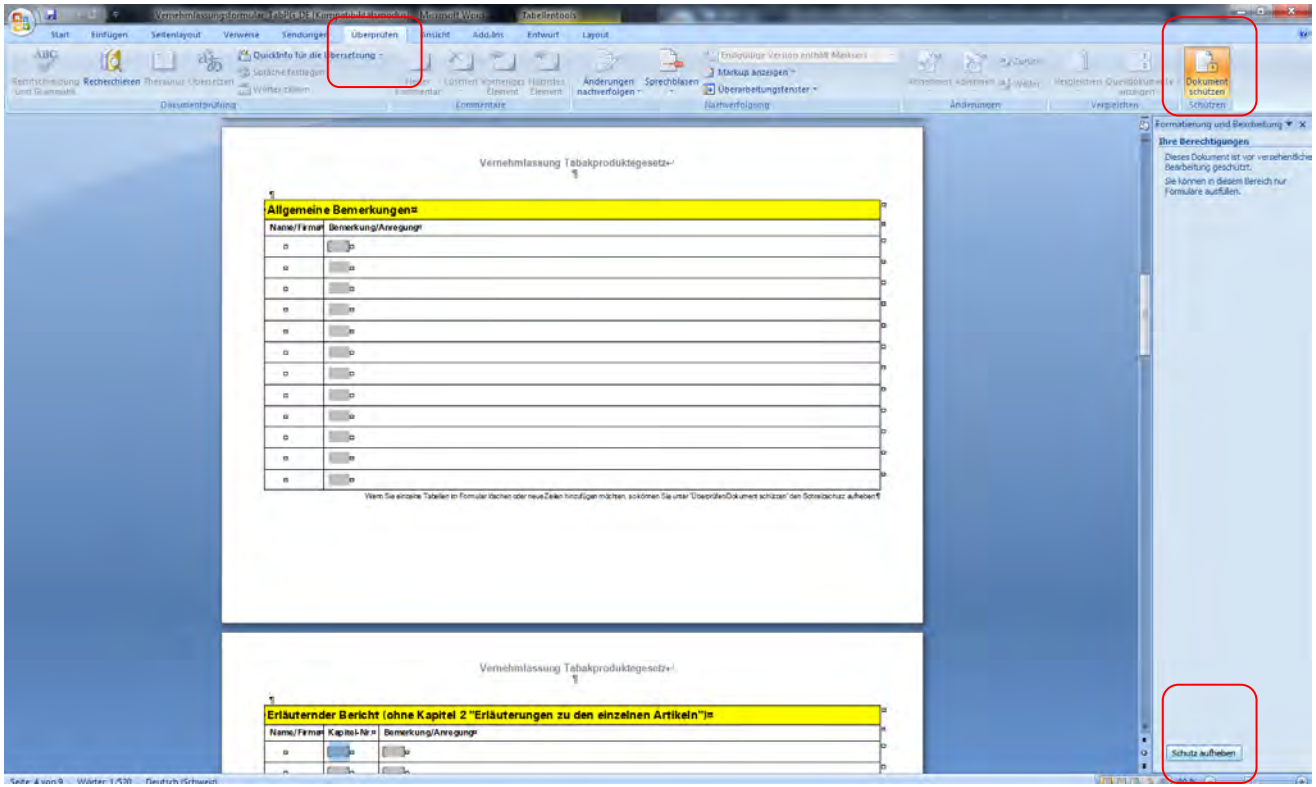
				Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen
SMAG	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

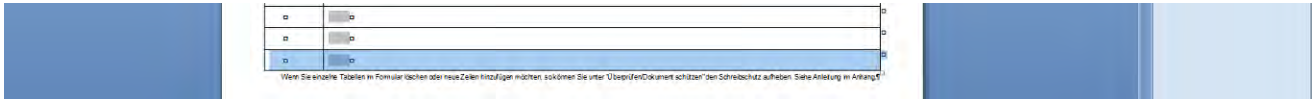
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

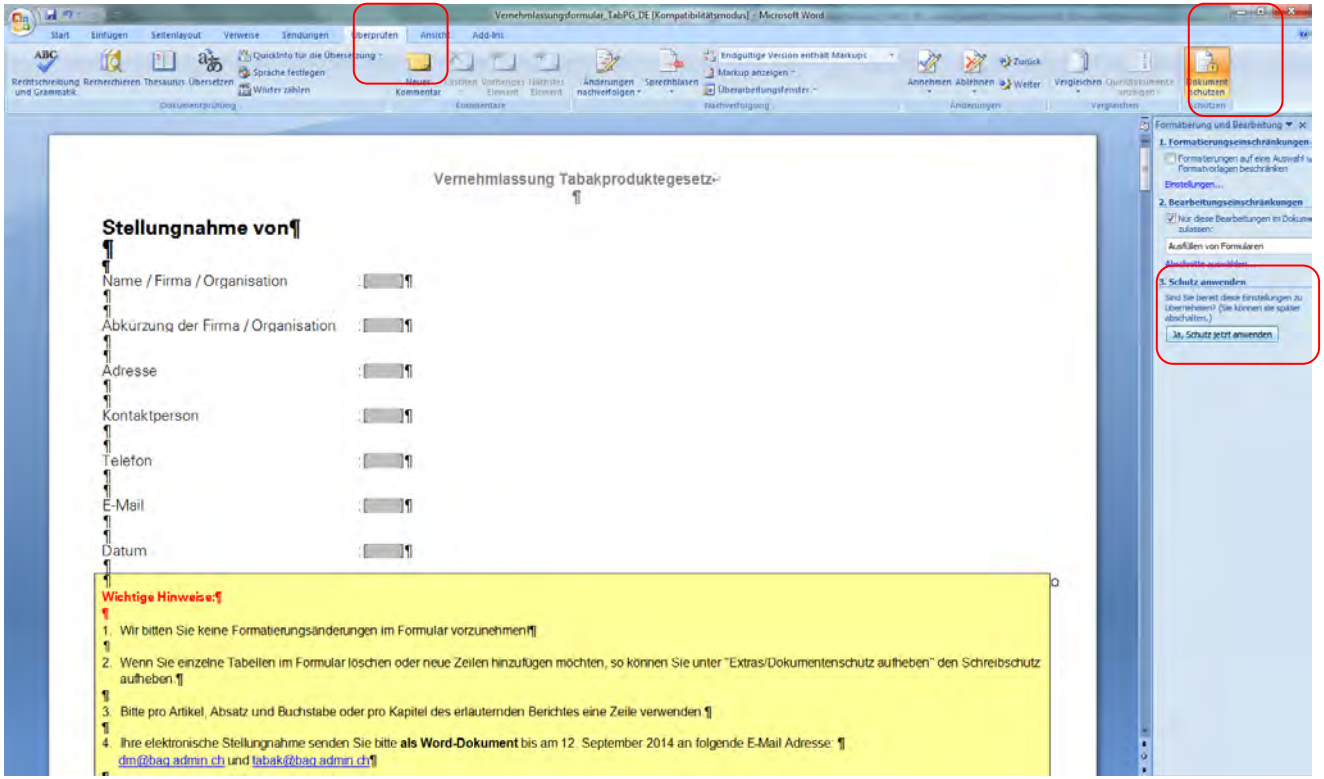


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Sandro Mosconi, Arztpraxis

Abkürzung der Firma / Organisation : Hautarztpraxis

Adresse : Hardstrasse 3a, 4127 Birsfelden

Kontaktperson : Dr. med. Sandro Mosconi

Telefon : 061 311 11 22

E-Mail : sandro.mosconi@hin.ch

Datum : 1.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr. med. Sandro Mosconi	Dr. med. Sandro Mosconi arbeitet als Dermatologe in der Schweiz. Als Dermatologe arbeitet er in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung. Er trägt täglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Dr. med. Sandro Mosconi ist Mitglied der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) , welche im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert hat , bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Ich und die SGDV lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D

	und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Dr. med. Sandro Mosconi lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Dr. med. Sandro Mosconi erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr. med. Sandro Mosconi	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dr. med. Sandro Mosconi	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dr. med. Sandro Mosconi	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dr. med. Sandro Mosconi	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dr. med. Sandro Mosconi	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dr. med. Sandro Mosconi	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die Dr. med. Sandro Mosconi kategorisch ab.	
Dr. med. Sandro Mosconi	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dr. med. Sandro Mosconi	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dr. med. Sandro Mosconi	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dr. med. Sandro Mosconi	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dr. med. Sandro Mosconi	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen	

				erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dr. med. Sandro Mosconi	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Dr. med. Sandro Mosconi	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dr. med. Sandro Mosconi	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Dr. med. Sandro Mosconi lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dr. med. Sandro Mosconi	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	

Dr. med. Sandro Mosconi	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dr. med. Sandro Mosconi	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dr. med. Sandro Mosconi	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK

Adresse : Choisystr. 1

Kontaktperson : Roswitha Koch

Telefon : 031 388 36 36

E-Mail : roswitha.koch@sbk-asi.ch

Datum : 19.11.2020 (Entwurf 6.11.20)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 13

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SBK-ASI	Der SBK ist mit 25 000 Mitgliedern eine der grössten Berufsorganisationen im Gesundheitswesen in der Schweiz. Wir bedanken uns für die Einladung zur Vernehmlassung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2). Der SBK hat seine 13 Sektionen und 7 Fachverbände in die Vernehmlassung einbezogen. In der vorliegenden Stellungnahme sind diese Rückmeldungen konsolidiert berücksichtigt.
SBK-ASI	Es besteht Handlungsbedarf. Der jährliche starke Anstieg der OKP-Ausgaben macht sich für die Bevölkerung in entsprechenden Prämiensteigerungen bemerkbar. Die Kopfprämie, ebenso wie die im OECD-Vergleich sehr hohe direkte Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt, etc.), werden immer weniger durch das soziale Korrektiv die individuelle Prämienverbilligung ausgeglichen. Die Ursache dafür liegt vor allem bei den wiederholten Budgetkürzungen der Kantone.
SBK-ASI	74% des Gesundheitspersonals arbeiten in der Pflege. Es ist für den SBK nicht nachvollziehbar, weshalb die Pflege in der 14-köpfigen vom EDI beauftragten Expertengruppe, welche den Bericht zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen erarbeitet hat, nicht vertreten war. Es gibt sie, die wissenschaftlich ausgebildete Pflegefachpersonen mit Kompetenzen in Gesundheitsökonomie oder Public Health. Wir sehen hier eine klare Diskriminierung eines Frauenberufes.
SBK-ASI	Die Kosten ergeben sich aus der Effizienz des Gesundheitssystems und damit aus seiner Fähigkeit, jede angemessene Versorgung mit der besten Qualität zu den geringsten Kosten zu erbringen. Der Bund sollte vor allem auf den Achsen Qualität und Angemessenheit der Versorgung handeln. Die bestmögliche und vollständige Nutzung der Fähigkeiten der verschiedenen medizinischen und Gesundheitsberufe, der Qualifikations-/Grad-Mix, die Unterstützung der Qualitätsentwicklung, die Garantie, die notwendige Zeit mit einem Patienten zu verbringen, um eine Verschlechterung seines Gesundheits- und Funktionszustandes langfristig wirklich zu vermeiden, sind alles Elemente, bei denen es vorrangig zu handeln gilt. Leider wird in dieser Vorlage die Tatsache ausgeblendet, dass die Investition in genügend und gutes Pflegepersonal, bzw. Gesundheitspersonal zu besseren Patientenergebnissen führt und dadurch zu volkswirtschaftlichen Kosteneinsparungen (siehe beispielhaft die Analyse von BfS Daten durch Prof. Dr. Michael Simon (Pflegewissenschaft) und Prof. Dr. Michael Gerfin (Volkswirtschaft) https://www.sbk.ch/aktuell/news-single?tx_news_pi1%5Bnews%5D=441&cHash=50a2a7f118f8ebb3ba1f319ca5673727) Der Weg in die Zukunft besteht darin, die Kosten zu senken, indem die Qualität der Versorgung und die Gesundheit der Bevölkerung verbessert wird, statt nur über den Finanzierungshahn zu agieren. Die Festlegung von Kostenzielen ohne Berücksichtigung aller oben genannten Elemente wird unweigerlich zu einer Rationierung der Versorgung, einer geringeren Qualität der Versorgung und einem weniger effizienten Gesundheitssystem führen. Aus unserer Sicht birgt dieses Projekt in seiner jetzigen Form die Gefahr einer ungünstigen Entwicklung der Gesundheit

	der Schweizer Bevölkerung. Sollte dieses Projekt jedoch beibehalten werden, schlagen wir in der Diskussion Artikel für Artikel eine Reihe von Verbesserungen vor.
SBK-ASI	Der SBK vermisst in dieser Vorlage Massnahmen im Bereich der Zusatzversicherungen.
SBK-ASI	Das grösste Sparpotential im Gesundheitswesen sieht der SBK beim Weglassen von medizinisch nicht gerechtfertigten oder unwirksamen Behandlungen oder fehlender Koordination. Das Einführen von Zielvorgaben muss zwingend mit Qualitätsvorgaben, auch im Bereich Personalausstattung kombiniert werden. Die reine Steuerung über die Finanzen birgt die grosse Gefahr, dass man die angestrebte Effizienzsteigerung mittels Druck auf das Gesundheitspersonal erreichen möchte, was angesichts des gravierenden Personalmangels und der heute bereits hohen Berufsaussteigerquote beim Pflegepersonal negative Auswirkungen auf die Versorgung hätte. Die oben erwähnte Analyse von BfS Daten (Simon, 2020) belegt, dass auch in der Schweiz die Reduktion der qualifizierten Pflegestunden pro Patient zu mehr Komplikationen, Todesfällen und letztendlich zusätzlichen Kosten in Milliardenhöhe führt. Die Schweiz ist schon seit langem auf die Migration von Pflegepersonal aus Nachbarländern angewiesen. Weil gerade Deutschland aktuell die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal massiv verbessert, muss damit gerechnet werden, dass der Migrationssaldo noch weiter zurück gehen wird und die Rekrutierung von Pflegefachpersonen aus Deutschland noch problematischer wird (OBSAN, 2020: https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/auslaendische-pflegefachkraefte).
SBK-ASI	Dem SBK ist es ein grosses Anliegen, dass die medizinische, pflegerische und therapeutische Grundversorgung gestärkt werden. Die Mehrheit gesundheitlicher Anliegen können durch die Netzwerke der Erstversorger übernommen werden. Zusammen mit den anderen Mitgliedern der Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung und des Dachverbands der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen svbg engagiert sich der SBK dafür, dass auch im ambulanten Bereich, die Koordination zwischen den Berufsgruppen und verschiedenen Anbietern durch das KVG finanziert wird. Für uns ist nicht nachvollziehbar, weshalb sowohl Netzwerke zur koordinierten Versorgung als auch die vorgeschlagene Erstberatungsstelle ausschliesslich durch eine Ärztin oder einen Arzt geleitet werden dürfen. Damit torpediert man die interprofessionelle Zusammenarbeit und übernimmt wieder das veraltete "Gate Keeper" System, das veraltete Hierarchien zementiert. Internationale Erfahrungen zeigen, dass beispielsweise Pflegeexpertinnen APN diese Rolle durchaus übernehmen können. Der OECD Bericht (Working Paper 98) zu den Pflegerollen in der Grundversorgung zeigt auf, dass Pflegeexpertinnen APN koordinierende Aufgaben in der Primary Care erfolgreich übernehmen können. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf?expires=1604509946&id=id&accname=guest&checksum=134EBEA4CE63CDBCB6CF3919C3529BDF
SBK-ASI	Der SBK begrüsst die Förderung der elektronischen Rechnungsübermittlung und die vorgeschlagenen Verbesserungen bei der Kostenbeteiligung in

	der Mutterschaft. Wir unterstützen den Schweizerischen Hebammenverband in seiner Forderung, nach einer Streichung der in Art. 64 Abs. 7 Bst. b definierten zeitlichen Limitierung.
SBK-ASI	**Zum fehlenden Präventionsgedanken:** Als Mitglied der Allianz Gesunde Schweiz' setzen wir uns zusammen mit über 40 nationalen Organisationen für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz ein. Die zahlreichen, von diversen Mitgliedorganisationen der Allianz angebotenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[2][3][4] Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen ausserdem die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

[2] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[3] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[4] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

	validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[5] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[6] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[7]

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[5] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[6] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[7] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SBK-ASI	21	2		Folgendes sollte präzisiert werden: - Daten können elektronisch übermittelt werden; - Der Bundesrat kann eine einheitliche Form und Art und Weise der Übermittlung dieser Daten vorsehen. Dies wird die erleichterte Verarbeitung und teilautomatisierte Aggregation der Daten der verschiedenen Versicherer erleichtern und damit die Qualität der Aufsicht erhöhen und gleichzeitig die Effizienz der Arbeit der Verwaltung fördern. Mittelfristig wäre damit auch ein teilautomatisierter Austausch im Rahmen der e-Health-Strategie denkbar.	
SBK-ASI	21	2	d	Il est difficile de comprendre comment les données statistiques des assureurs permettront d'évaluer la qualité des prestations dans le domaine LiMa et médicaments. Par ailleurs, le domaine des soins infirmiers pourrait être ajouté.	d. évaluer et contrôler le caractère économique dans le domaine des médicaments**, des soins** et dans celui des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.
SBK-ASI	32	3		HTA: Wir schätzen, dass die Berufsverbände jeweils angefragt werden, bei der Überprüfung Stellung zu nehmen. Da wo wir kompetent sind nehmen wir jeweils gerne Stellung.	Für uns ist noch unklar, wie die Auswahl der überprüften Prozeduren getroffen wird.
SBK-ASI	33	3		Allgemeiner Kommentar: Gegenwärtig gibt es in der Eidgenössischen Leistungskommission (ELGK – 18 Mitglieder) keine Vertretung der Pflege und keine Vertretung der Gesundheitsberufe nach GesBG. Die im Rahmen dieser strukturierten Programme erbrachten Dienstleistungen werden	

				jedoch wahrscheinlich hauptsächlich von nicht-ärztlichen Fachpersonen nach GesBG erbracht werden. Damit die ELGK ihren Auftrag weiterhin gut erfüllen kann, braucht es eine entsprechende Anpassung der der Zusammensetzung.	
SBK-ASI	36b	3	a	Es ist für uns nicht nachvollziehbar, warum Gesundheitsnetzwerke von einem Arzt geleitet werden müssen. Der Arzt oder die Ärztin muss die Verantwortung für die medizinische Leistung übernehmen, so wie z.B. die Ernährungsberaterin es gewohnt ist, die vollumfängliche Verantwortung für ihr Arbeitsgebiet zu übernehmen. Die Leitung eines komplexen Netzwerkes erfordert andere (z.B. betriebswirtschaftliche) Kompetenzen. Es erstaunt sehr, hier einen Vorschlag zu finden, der die ganzen Erkenntnisse der interprofessionellen Zusammenarbeit negiert und ein veraltetes ärztezentriertes Modell vorschlägt.	Die Zulassungsbedingungen sind wie folgt: a. die Anforderungen an den Arzt, der die medizinische Leitung des Netzwerks übernimmt. Sie können auch den Bedarf anderer Angehöriger der Gesundheitsberufe decken, die Führungsfunktionen gegenüber nichtärztlichem Fachpersonal übernehmen;
SBK-ASI	36b		neu	Der Bundesrat soll Zulassungsvoraussetzungen hinsichtlich Qualitätsvorgaben und -entwicklungen festlegen können, um Paragrafen zu konkretisieren. Zum Beispiel die obligatorische Organisation von Qualitätszirkeln.	h. (neu) Qualitätsindikatoren und Regeln für die Qualitätsentwicklung innerhalb des Netzwerks;
SBK-ASI	40a			Es muss sichergestellt werden, dass sich die Gesundheitsberatung ausschließlich auf Empfehlungen für gute Praxis und wissenschaftliche Erkenntnisse stützt, um Fehlanreize wie eine Risikoselektion oder durch finanzielle Interessen motivierte Überweisungsentscheide zu vermeiden.	2 Die erste Kontaktstelle nimmt diese Aufgaben auf der Grundlage der besten wissenschaftlichen Kenntnisse und in unabhängiger Weise wahr.
SBK-ASI	40a	3	a	Es fehlen die Pflegeexpertinnen APN	4. (neu) Pflegeexpertinnen APN-CH
SBK-ASI	40a	3	b	Pflegeexpertinnen APN-CH fehlen	Neu: Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege dienen, wenn die Ärztinnen und

					Ärzte, sowie Pflegeexpertinnen APN-CH, die dort tätig sind, die Voraussetzungen nach Buchstabe a erfüllen.
SBK-ASI	40a	7		Der Bundesrat soll auch die Möglichkeit für das Einholen einer Zweitmeinung regeln.	Neu: c. die Modalitäten für das Einholen einer Zweitmeinung
SBK-ASI	54	1		Wir sind gegen diese Kostendämpfungsmaßnahme (siehe allgemeiner Kommentar). Wenn dieses Projekt jedoch fortgesetzt werden soll, para. 1 sollte dahingehend geändert werden, dass das Kardinalziel der schweizerischen Gesundheitspolitik nicht nur die Kostendämpfung, sondern vor allem ein qualitativ hochstehendes, zugängliches und effizientes Gesundheitssystem ist. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass der Bund in der Gesundheitsvision 2030 festhält, dass "die Menschen in der Schweiz unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und ihrem sozioökonomischen Status in einer gesundheitsförderlichen Umwelt leben sollen. Sie profitieren von einem modernen, qualitativ hochwertigen und finanziell nachhaltigen Gesundheitssystem." Diese Vision sollte sich in den vorgeschlagenen Änderungen widerspiegeln. Es ist daher zu beachten, dass der Bund eine prozentuale Veränderung der Kosten festlegt, die notwendig ist, um ein qualitativ hochwertiges, allgemein zugängliches und finanziell tragfähiges Gesundheitssystem zu gewährleisten.	1 Der Bundesrat legt fest, wie viel Prozent der Veränderung der Kosten von Leistungen im Sinne dieses Gesetzes für die Aufrechterhaltung von qualitativ hochstehenden, allgemein zugänglichen und finanziell tragbaren Diensten notwendig ist und gegenüber dem Vorjahr nicht überschritten werden darf (Kostenziele):
SBK-ASI	54	3		Es ist zu beachten, dass der Bundesrat bei der Festlegung der Kostenziele auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren berücksichtigt.	(...) berücksichtigt der Bundesrat insbesondere die folgenden Elemente: (…)

				In der Tat kann eines der Risiken von Kostenzielen eine Unterinvestition in die Qualität der Kosten sowie in die Zeit sein, die für die Verbesserung von Qualität und Effizienz aufgewendet wird. Dieses Element wird bewertet (Abs. 5), aber es ist notwendig, das Ergebnis dieser Bewertung bei der Festlegung der Ziele zu berücksichtigen. Der vorgeschlagene Wortlaut stützt sich auf Art. 58a Abs. 2 des Projekts zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung.	d. die Entwicklung der Resultate und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung;
SBK-ASI	54	d		Wir lehnen die verbindliche Regelung entschieden ab.	
SBK-ASI	64	7	b u. c	Wir begrüssen den Verzicht auf die Kostenbeteiligung bei Schwangeren. Es ist für uns aber nicht nachvollziehbar, dass dies erst ab der 13. Schwangerschaftswoche gelten soll.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

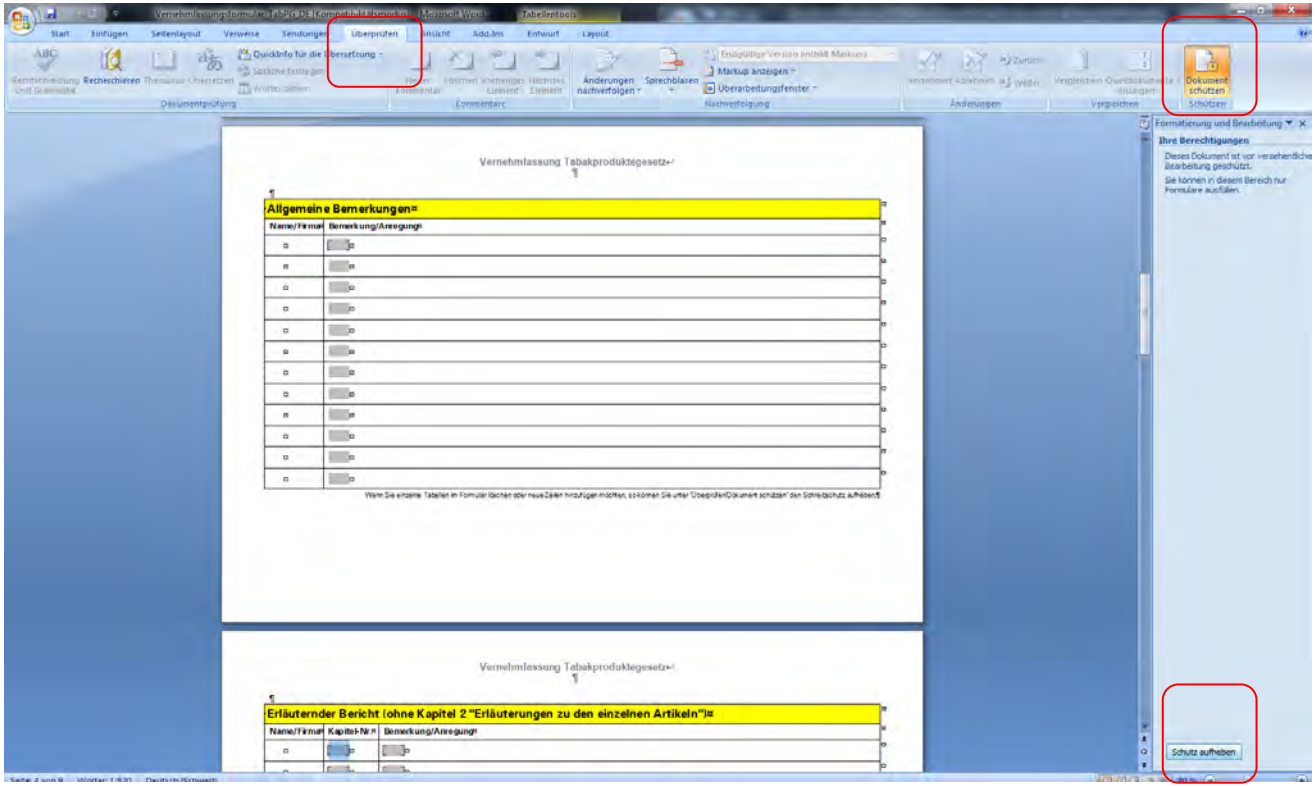
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

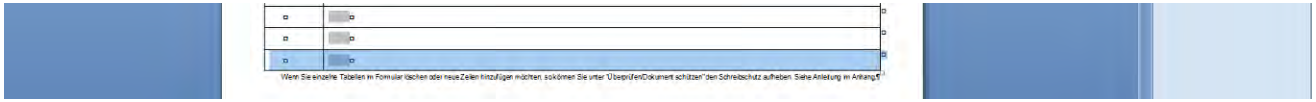
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



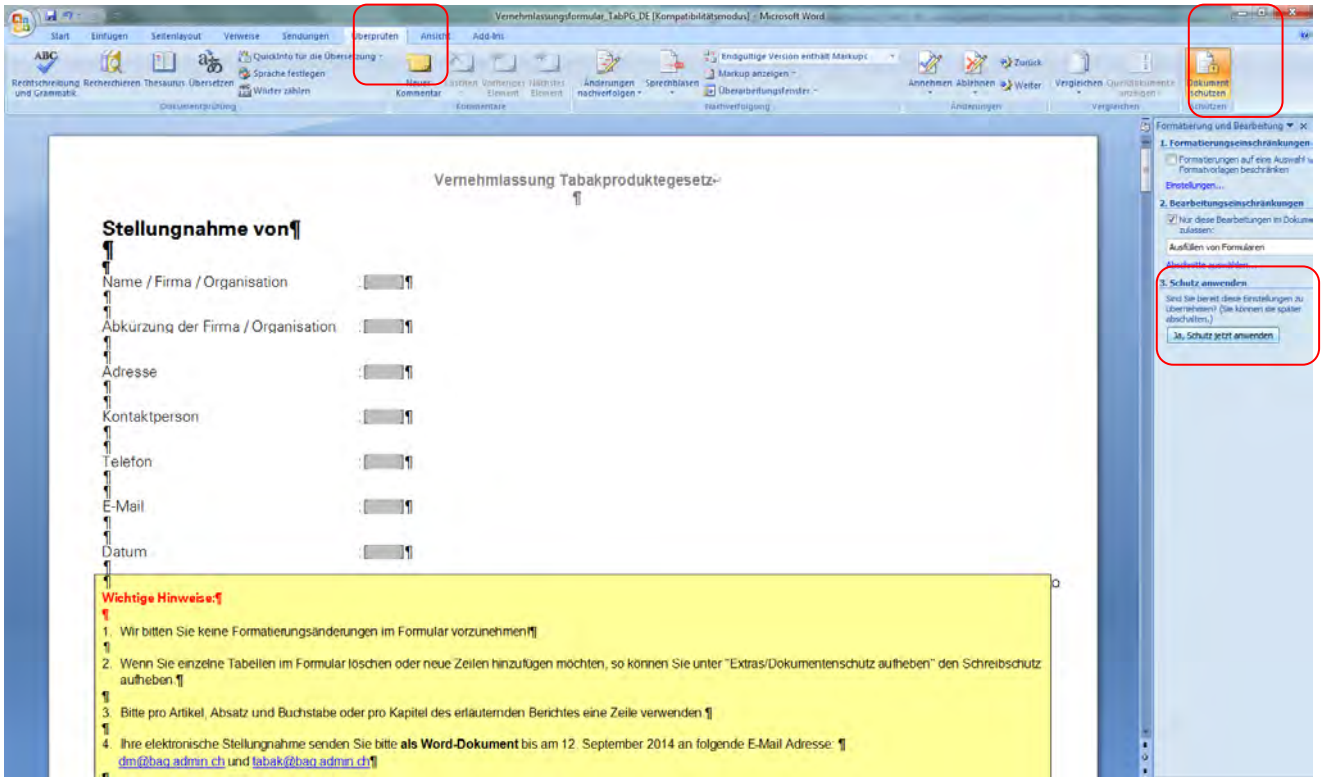
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Psychiatrisch-psychotherapeutisch Praxis

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Birmannsgasse 14, 4055 basel

Kontaktperson : Dr. med. Andreas Schneider, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Telefon : 061 544 80 98

E-Mail : a.j.schneider@hin.ch

Datum : 06. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:_____ 19

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.

FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	

FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten <u>in aggregierter Form</u> enthalten müssen.

FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt.	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				- die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	

FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.

FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert.	Streichung von Art. 54a-e-

				- sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

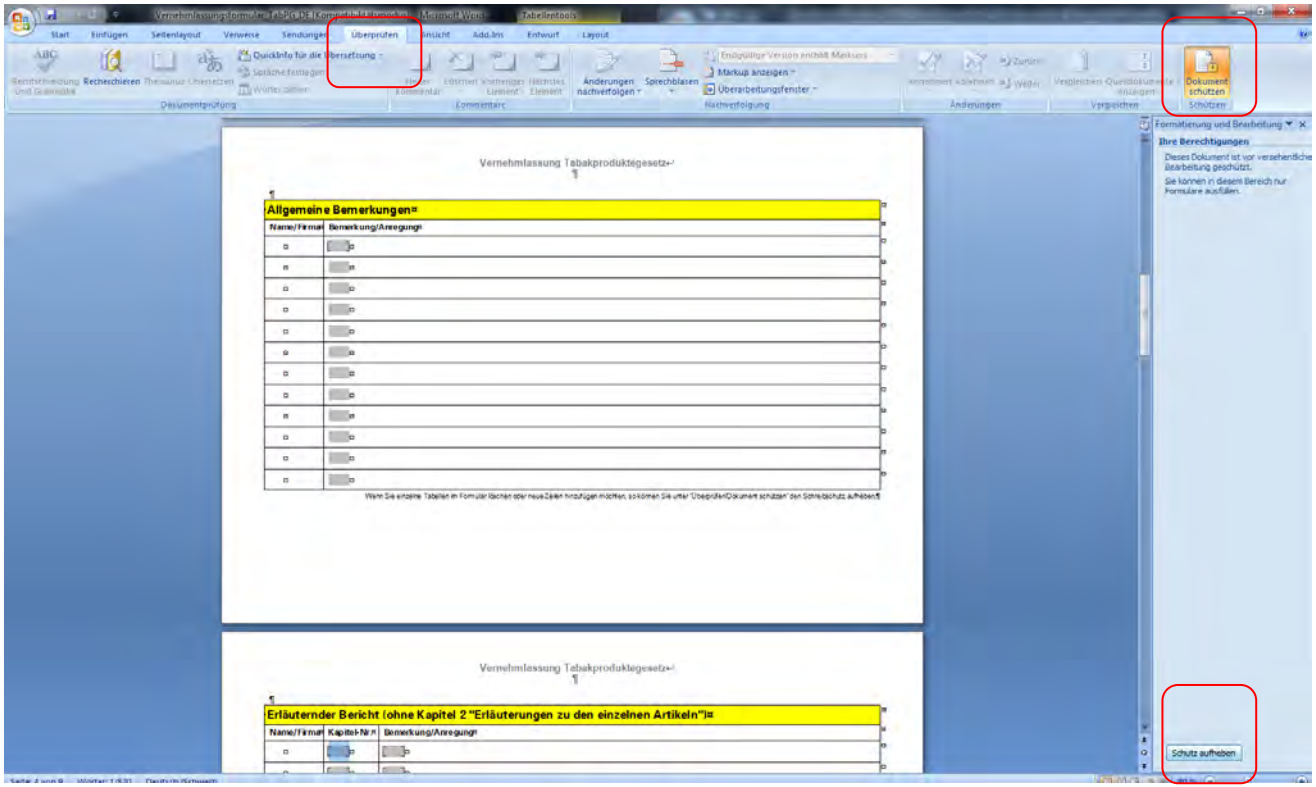
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
bookmark1			
bookmark2			
bookmark3			
bookmark4			
bookmark5			

bookmark6			
bookmark7			
bookmark8			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

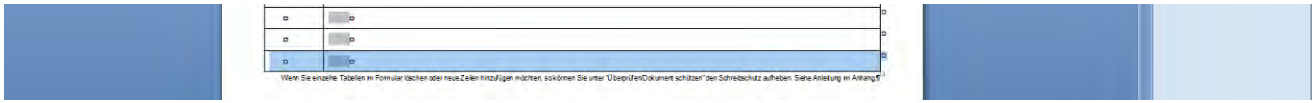
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

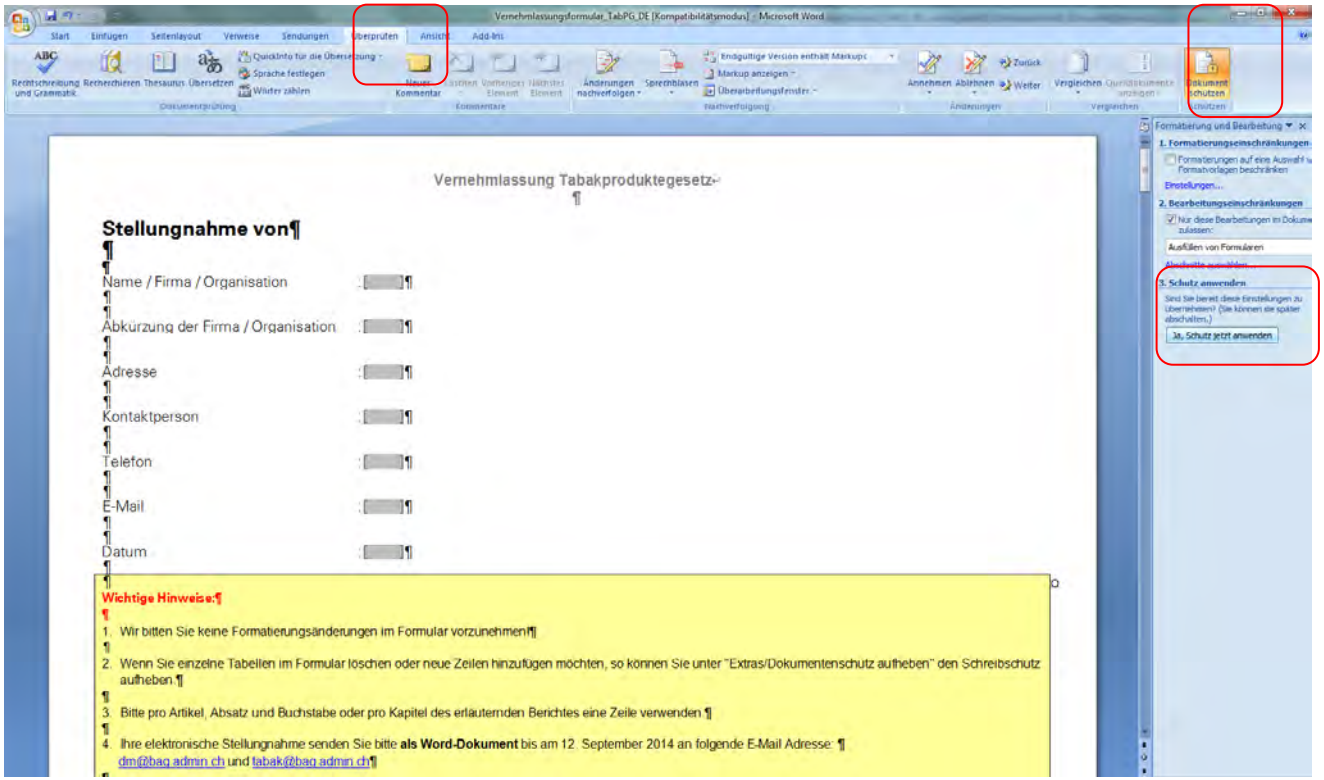


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation:	Dr. Hero Schnitzlern, Leitender Arzt derma competence center
Abkürzung der Firma / Organisation:	dcc
Adresse:	Bodmerstrasse 4, 8003 Zürich
Kontaktperson:	Dr. Hero Schnitzler
Telefon:	044-2424363
E-Mail:	info@dermacompetencecenter.com
Datum:	23.10.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 7

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr. Hero Schnitzler dcc	Das derma competence center unter der Leitung von Dr. med. Hero Schnitzler in Zürich Enge ist eine erweiterte Einzelpraxis zur ambulanten Versorgung von Patienten mit Hautkrankheiten. Als dermatologische Fachpraxis ist Dr. Schnitzler und Team gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagiert. Er trägt im täglichen Praxisalltag bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Als Facharzt für Dermatologie kann er viele Hauterkrankungen ohne weitere häufig überflüssige Diagnostik, bei welcher (überflüssigen) Behandlungen Kosten entstehen diagnostizieren und behandeln. Dadurch trägt er als Facharzt bei den Kosten im Gesundheitssystem direkt gering zu halten. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei

	im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Dr. Hero Schnitzler lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Dr. Hero Schnitzler erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden.

	Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde.

	- **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
DR. HERO SCHNITZLER	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
DR. HERO SCHNITZLER	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
DR. HERO SCHNITZLER	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
DR. HERO SCHNITZLER	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
DR. HERO SCHNITZLER	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

DR. HERO SCHNITZLER	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt Dr. Hero Schnitzlerkategorisch ab.	
DR. HERO SCHNITZLER	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
DR. HERO SCHNITZLER	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
DR. HERO SCHNITZLER	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
DR. HERO SCHNITZLER	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
DR. HERO SCHNITZLER	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
DR. HERO SCHNITZLER	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

DR. HERO SCHNITZLER	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
DR. HERO SCHNITZLER	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Dr. Hero Schnitzlerlehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
DR. HERO SCHNITZLER	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
DR. HERO SCHNITZLER	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
DR. HERO SCHNITZLER	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
DR. HERO SCHNITZLER	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Hebammenverband

Abkürzung der Firma / Organisation : SHV

Adresse : Rosenweg 25c

Kontaktperson : Andrea Weber-Käser

Telefon : 031 332 63 40

E-Mail : a.weber@hebamme.ch

Datum : 13.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 14

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SHV	Besten Dank für die Möglichkeit zur oben erwähnten Vernehmlassung Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der rund 3200 Hebammen in der Schweiz. Er setzt sich für die Belange der angestellten und der freipraktizierenden Hebammen ein.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SHV	35 36 40	2	O b und folgende a und folgende siehe die Bst. c und d und Punkt 4	Erstberatungsstelle/Adavanced Practice Der SHV begrüsst es sehr, dass der Bundesrat gut acht Jahre nach dem Scheitern der "Managed- Care"-Vorlage substanzielle – und substanziell bessere – Vorschläge zur Stärkung der koordinierten Versorgung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung macht. Die Einführung von Erstberatungsstellen und die gesetzliche Verankerung von Netzwerken der koordinierten Versorgung sowie von Programmen der Patientenversorgung sind Massnahmen, die in die richtige Richtung gehen. Die Stärkung der **Leistungskoordination**, der (Erst-)**Beratung** und der **Dossierführung** ist sehr wichtig. Diese Aufgaben müssen aber zusammen gedacht werden, weshalb der SHV nicht einsieht, wieso der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle und den Netzwerken der koordinierten Versorgung zwei verschiedene und voneinander getrennte neue (bzw. neu definierte) Kategorien von Leistungserbringern einführen will: Netzwerke können die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen, Erstberatungsstellen müssen aber nicht zwingend Koordinationsaufgaben übernehmen; Erstberatungstellen sollen obligatorisch sein, Koordinationsnetzwerke hingegen nicht. Der SHV erachtet es als wichtig, dass sowohl die **Erstberatung** als auch die **Dossierführung** (inkl. elektronischem Patientendossier) und die **Leistungskoordination** aus einer Hand erfolgen. Als **Gegenvorschlag** zu den bundesrätlichen Vorschlägen bzw. als	**Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung** 1 Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die: a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt. oder c. durch eine Hebamme mit registriertem AP Titel (bsp. AP Midwife) geleitet wird. d. einem Geburtshaus auf der kantonalen Spitalliste entspricht 2 Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen

				Konzept für deren **konsequentere Umsetzung** soll mit der Einführung einer **einheitlichen "Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)"** der Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer hochstehenden und optimal koordinierten medizinischen Erstversorgung sichergestellt werden. Die gegenwärtigen Entwicklungen des Gesundheitswesens in der Schweiz entsprechen den globalen Trends und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Diese sind von einer deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität in allen Altersgruppen (Global Buden of Disease Study, 2017), von einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung, von Fachkräftemangel, der Förderung von Medizintechnologie und Digitalisierung sowie der **Stärkung paramedizinischer Berufe** gekennzeichnet. Diese Entwicklungen tangieren auch die perinatale Gesundheitsversorgung. In diesem Kontext begrüsst der SHV die Absicht des Bundesrates, die «Advanced Practice Rolle (AP) zu stärken und im Gesetz zu verankern. Es ist aber zwingend notwendig die AP-Rolle spezifisch pro Beruf zu verankern und nicht der Begriff ANP (Advanced Nurse Practitioner) generell, damit alle paramedizinischen Berufe, welche AP Rollen in Zukunft definieren, ebenso abgebildet sind. International misst die Weltgesundheitsorganisation in ihrem europäischen Kompendium “Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health (WHO 2015) den Hebammen eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Herausforderungen in der Perinatalversorgung zu. Im englischsprachigen Raum ist diese erweiterte und spezialisierte Befähigung von Hebammen (ab Msc Niveau) unter dem Begriff “Advanced Midwifery Practice” (AMP) oder “Advanced Practice Midwife” (APM) bekannt. So arbeiten in Grossbritannien bereits Hebammen in der Funktion der	erbracht werden. 3 Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin oder die Hebamme mit registriertem AP Titel (AP Midwife,) oder die Leitung eines Geburtshauses auf der Spitalliste, der oder die das Netzwerk leitet; b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss; c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss; d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette; e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen; f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der Patientin; 4 Der Bundesrat regelt den AP-Titel für Hebammen.

				"Specialist Maternal Mental Health Midwife" (Crabbe & Hemingway, 2014) Gesundheitsfachpersonen in Advanced Practice Rollen verfügen somit über vertiefte wissenschaftliche und fachliche Kompetenzen. Dank diesen können sie Aufgaben übernehmen, die über ihren klassischen Verantwortungsbereich hinausgehen. Sie sind prädestiniert eine BKS zu leiten. Die BKS – das können neben Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Gemeinschaftspraxen auch Geburtshäuser auf der Spitalliste oder von Hebammen mit AP Titel geleitete Hebammenpraxen sein – sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination der Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie würden sicherstellen, dass das elektronische Patientendossier laufend aktualisiert und kompetent geführt wird. Die BKS stellen aber auch die Kontinuität in der Begleitung der PatientInnen sicher und stärken die interprofessionelle Zusammenarbeit. Somit wäre gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten – je nach Lebenssituation – auch nicht-ärztlich geführte Netzwerke als BKS wählen könnten und nicht "gezwungen" werden, ausschliesslich ärztlich geleitete Netzwerke zu wählen. Soll die Interprofessionalität gemäss der Charta der SAMW aber zum Durchbruch verholfen werden, muss die AP Rolle zwingend auf der gesetzlichen Ebene legitimiert werden. Dies ist nötig, um auch im Bereich der paramedizinischen Berufe Pilotprojekte im Bereich AP rascher zu implementieren und geeignete Tarifierungssysteme entwickeln zu können. Die pauschale Abgeltung der Leistungen der Erstberatung und der Koordination ist richtig, sie birgt aber auch ein Missbrauchspotenzial. Besteht nämlich ein ökonomischer Druck, Beratungsleistungen unter möglichst geringem Aufwand zu erledigen, so würde dies in der Geburtshilfe Probleme schaffen. Vor allem Schwangere in komplexen Situationen könnten zum	

				"unerwünschten Kostenrisiko" werden. Abhilfe könnte hier schaffen, dass besonders aufwendige, eindeutig notwendige und identifizierbare Beratungs- und Koordinationsaufgaben als Einzelleistungstarife verrechnet werden könnten.	
SHV	64	7	b	Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) unterstützt und begrüsst grundsätzlich die vom Bundesrat gewählte Formulierung: «Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG soll ergänzt werden mit den Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft. Auch diese Leistungen sollen, neben den Leistungen nach den Artikeln 25 und 25*a* KVG, ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft, von der Kostenbeteiligung befreit werden.» **Es ist wichtig, dass sämtliche Mutterschaftsleistungen sowie auch alle «schwangerschaftsfremden» Leistungen von Franchise und Selbstbehalt befreit sind.** Die **im Gesetzestext belassene Definition und enge Limitierung *ab der 13. Schwangerschaftswoche*** führt in der Praxis jedoch immer wieder zu grossen Problemen. Die Problematik beginnt nämlich dann, wenn Schwangere vor der 13. SSW schwangerschaftsbedingte Komplikationen wie Blutungen, drohende Fehlgeburt oder eine Fehlgeburt erleiden. Die Krankenversicherer kommen für Komplikationen in der Schwangerschaft erst ab der 13. Schwangerschaftswoche auf. Sämtliche Kosten (z.Bsp. wiederholter Ultraschall bei Komplikationen, zusätzliche Laborkontrollen und operative Curettage) müssen von der Schwangeren selber getragen	

				werden. Die Motion Kälin 18.4372 aus dem Jahre 2018 zeigt diese Situation exemplarisch auf. Schwangere, welche vor der 13. SSW Komplikationen erleiden oder sogar ihr Kind verlieren, werden gegenüber Frauen, welche diese Probleme zu einem späteren Zeitpunkt (nach der 13. SSW) erfahren, klar benachteiligt. Sie tragen teilweise hohe Kosten der Behandlungen selber. Eine Curettage kostet (operativer Eingriff im Spital, excl. Vor- und Nachkontrolle) rund CHF 800 - 1100. Die Frauen müssen auch für den Selbstbehalt aufkommen und es wird ihnen die Franchise berechnet. Mit allen Kontrollen kann diese Summe rasch auf gegen CHF 1500 - 2000 steigen. Nicht wenige Frauen in der Schweiz sind von dieser gesetzlichen nicht verständlichen Ungleichstellung betroffen: Etwa jede fünfte Schwangerschaft endet in einer frühen Fehlgeburt [4] [5]. Allein am Universitätsspital Zürich betraf diese Unrechtbehandlung in den Jahren 2018/2019 insgesamt 266 resp. 300 Frauen. Der in der Motion Kälin korrekt beschriebene Missstand wird mit dem vorliegenden Textvorschlag des Artikels 64, Abs. 7, Bst. b leider **nicht** behoben. Er kann nur behoben werden, wenn die Kostenbeteiligung bereits ab Beginn der Schwangerschaft wegfällt. (siehe Textvorschlag). In der bundesrätlichen Begründung zur Motion Kälin wird mit folgender Erklärung auf den Vorschlag der Kostenbefreiung ab Beginn der Schwangerschaft argumentiert: «*Mit der heutigen Regelung werden Behandlungen von Komplikationen in den ersten zwölf Wochen wie Spontanaborte oder Eileiterschwangerschaften nicht von der Kostenbeteiligung befreit. Es ist korrekt, dass Frauen, welche in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen wegen Komplikationen Behandlungen benötigen, gegenüber Frauen, bei denen die Schwangerschaft problemlos verläuft, in Bezug auf die Erhebung der Kostenbeteiligung benachteiligt sind. Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang festgehalten, dass* ***der Beginn der***	Textvorschlag für Art. 64, Abs. 7, Bst. b KVG: *Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:* *Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die* ***ab Beginn der Schwangerschaft****, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.*

				Schwangerschaft erst im Nachhinein *festgestellt werden kann und der Versicherer allenfalls bereits Kostenbeteiligungen auf Behandlungen erhoben hat, wenn er von der Schwangerschaft erfährt.* ***Eine nachträgliche Befreiung von der Kostenbeteiligung*** *auf Behandlungen während den ersten zwölf Schwangerschaftswochen würde daher zu* ***unverhältnismässigem Verwaltungsaufwand*** *führen.»* Für den SHV ist dies eine unhaltbare und fadenscheinige Begründung, denn es geht letztlich nur darum, für die Versicherer die Verwaltungskosten tief zu halten. Damit werden die Kosten jedoch bewusst den betroffenen Schwangeren auferlegt! Der Schweizerische Hebammenverband wehrt sich vehement gegen diese gesetzliche Ungerechtigkeit, die weder logisch begründbar noch medizinisch vertretbar ist. Eine Schwangerschaft wird berechnet aufgrund des ersten Tages der letzten Menstruation. Bleibt die monatliche Blutung aus, macht die Frau in der Regel bald einen (in der heutigen Zeit quasi überall, sogar am SELECTA-Automat, erwerbbaren) Schwangerschaftstest. Fast jede Schwangere in der Schweiz weiss bereits nach 4-6 Wochen post menstruationem, dass sie gemäss Schnelltest schwanger ist und geht Folge dessen bereits in der 6. – 8. Woche zur ersten Untersuchung. Das heisst, die tatsächliche Zeitspanne, währenddessen allfällige bereits bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssten und dadurch hohe Verwaltungskosten entstehen würden, ist kurz und rechtfertigt niemals die auf die Betroffenen überwälzten Kosten. Hebammen, welche Schwangerschaftskontrollen anbieten, sind mit einem **zusätzlichen Problem** konfrontiert, welches nur durch die Übernahme des Textvorschlages des SHV behoben werden kann. Nämlich: - Schwangerschaftskontrollen, welche vor der 13. SSW (also noch vor der Kontrolle bei einer Ärztin) von Hebammen durchgeführt werden, werden in vielen Fällen durch die Versicherer nicht bezahlt. Begründung der Versicherer: «Da die	

				13. SSW noch nicht mit einem Ultraschalluntersuch bestätigt wurde, wird diese Kontrolle nicht vergütet». In solchen Fällen stellen die Versicherer entweder der Schwangeren die Kontrolle in Rechnung und/oder die Kontrolle wird der Hebamme nicht bezahlt, was bedeutet, dass sie in solchen Fällen gratis eine medizinische Leistung erbracht hat. Hebammen sind befugt, gemäss Artikel 13, KLV Schwangerschaftskontrollen in eigener fachlicher Verantwortung durchzuführen. Diese Kompetenz wird durch das Gebaren der Versicherer seit etlichen Jahren beschnitten. Hebammen bieten Schwangerschaftskontrollen vor der 13. SSW oft gar nicht mehr an, um den Schwangeren Kosten zu ersparen. Auch das wiederholte Intervenieren des Verbandes unter Bezugnahme des Informationsschreiben des BAG vom März 2018 half nicht zu verhindern, dass etliche Versicherer Gesetze enger interpretieren als das BAG dies offiziell kundtut. Dies zeigt auf, wie wichtig es ist, dass eine Änderung auf der gesetzlichen Ebene passiert, denn Informationsschreiben werden missachtet und bleiben wirkungslos. 4 Lippincott Williams & Wilkins (2012): The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics (4 ed.) pp. 438–439 5 Diese Zahlen sind Schätzungen und gelten in Fällen, in denen der Frau bereits bekannt gewesen war, dass sie schwanger war. In vielen Fällen geschieht eine Fehlgeburt jedoch bereits bevor die Frau merkt, dass sie überhaupt schwanger war. Quelle: «How many people are affected by or at risk for pregnancy loss or miscarriage?» www.nichd.nih.gov. July 15, 2013	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

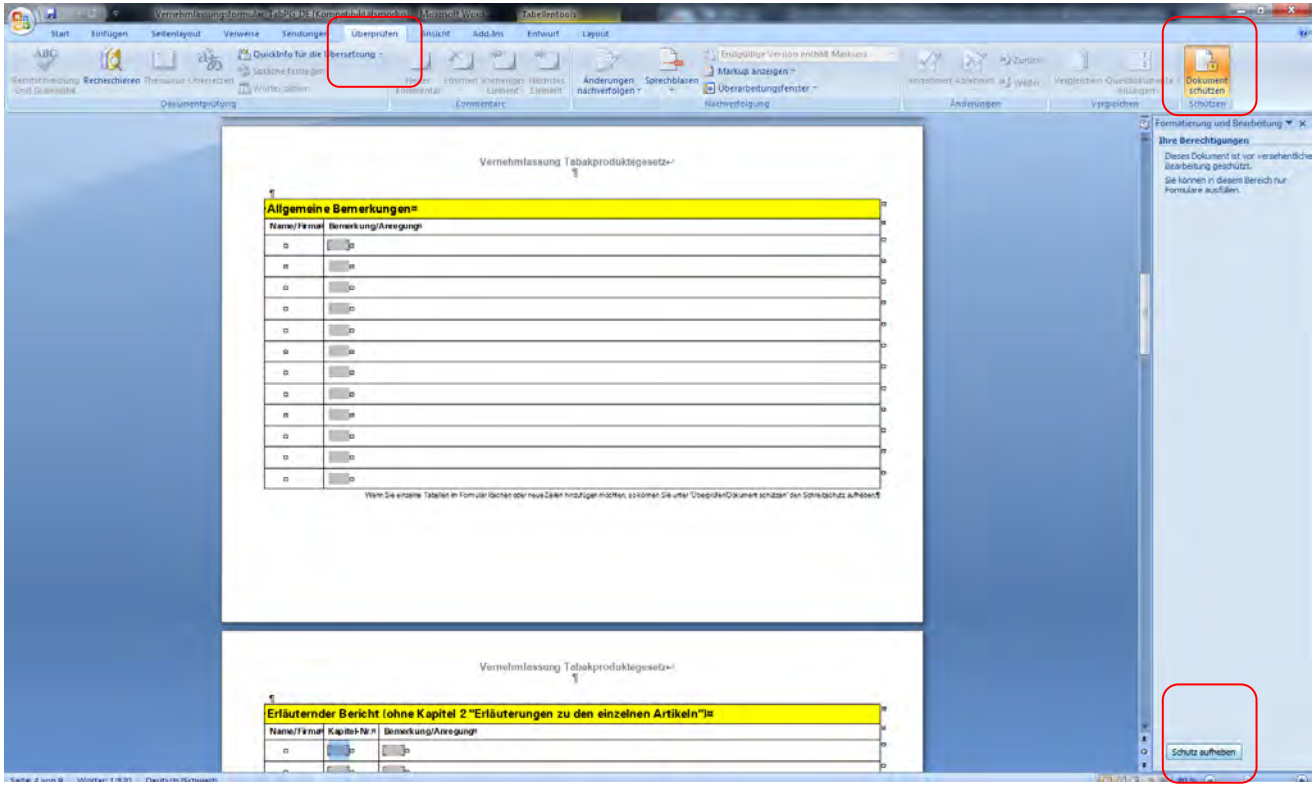
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

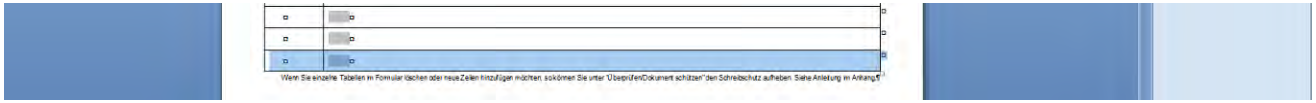
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



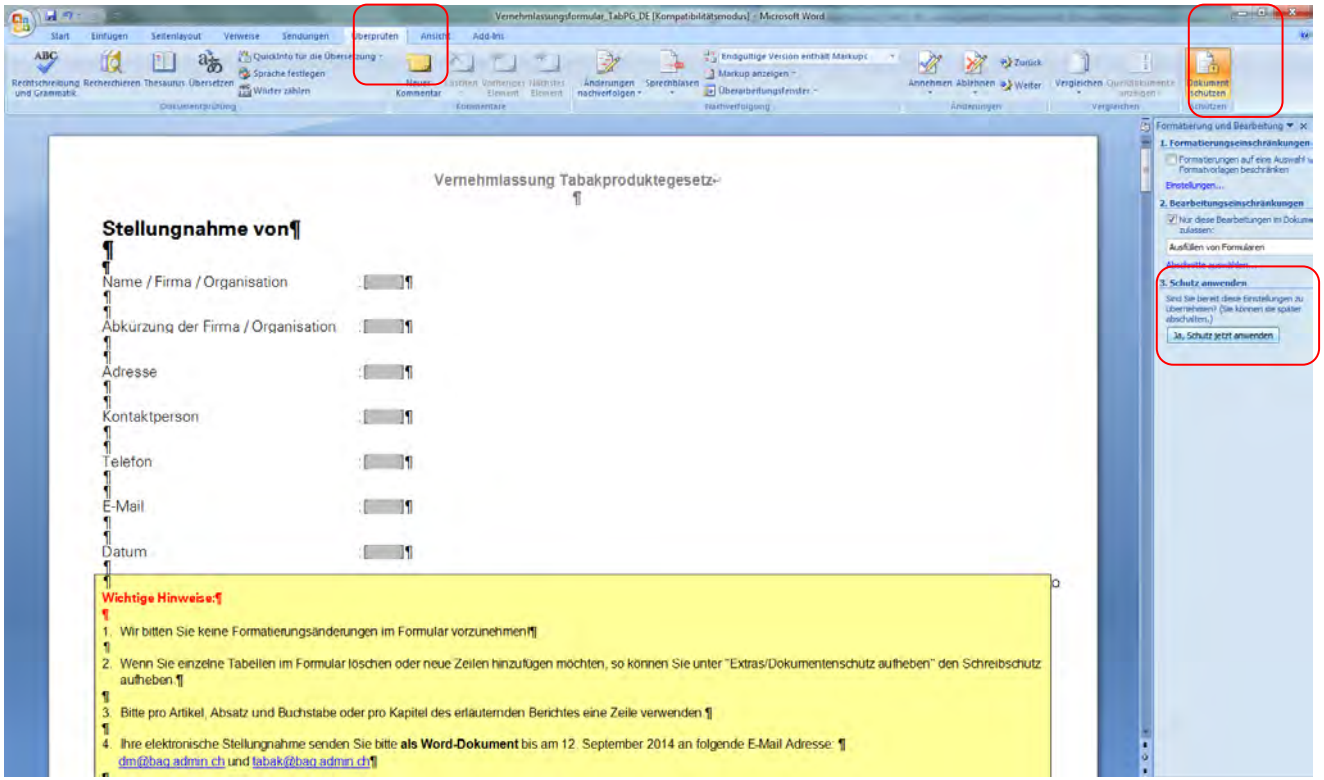
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Dental Hygienists

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Bahnhofstrasse 7b

Kontaktperson : Isabelle Küttel Bürkler

Telefon : 041 926 07 90

E-Mail : info@dentalhygienists.swiss

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Swiss Dental Hygienists	Swiss Dental Hygienists bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
Swiss Dental Hygienists	Swiss Dental Hygienists ist der Berufsverband von über 2'000 selbstständig tätigen und angestellten Dentalhygienikerinnen in der Schweiz. Der Anteil der Dentalhygienikerinnen, welche selbstständig tätig sind, liegt bei ca. 150 Personen mit stetig steigender Tendenz. Die Unterstützung der Gesundheit und Lebensqualität von Menschen im höheren und hohen Alter ist ein zentrales Anliegen von Swiss Dental Hygienists. Unser Verband engagiert sich seit über zwanzig Jahren im Bereich Alterszahnmedizin und bietet gesamtschweizerisch zwei Weiterbildungskurse speziell für in der Pflege tätigen Personen in Alters- und Pflegeheimen an, die von diplomierten Dentalhygienikerinnen durchgeführt werden. In den vergangenen Jahren arbeiteten wir unter anderem eng mit der GDK, SSO (Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft), SSGS (Schweizerische Gesellschaft für Alters- und Special-Care Zahnmedizin), Pro Senectute Kanton Bern, dem Kompetenzzentrum Alter der Stadt Bern und der Allianz Gesunde Schweiz zusammen. Letztes Jahr hat Swiss Dental Hygienists zusammen mit dem Kanton Basel, Curaviva Kanton Basel und der Aktion Zahnfreundlich ein Pilotprojekt aufgegleist. Aufgrund der aktuellen Corona- Situation ist nun der Start des Projektes von 2020 auf 2021 verschoben worden. Wir werden in allen Altersheimen im Kanton Basel unsere Schulungen Mundgesundheit im Alter nach dem «Train-The-Trainer-Prinzip» anbieten. Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Karies ist die häufigste NCD weltweit[1]. Die Mundgesundheit spielt eine wichtige Rolle für die allgemeine Gesundheit und die Lebensqualität. Ungenügende Zahn- und Mundpflege können das Risiko, von Karies, sowie Infektionen wie Gingivitis, Parodontitis, Stomatitis, Mukositis, Periimplantitis erhöhen und somit erhebliche orofaziale Funktionseinschränkungen bedingen. Zahnverlust ist weiterhin mit dem Risiko einer Mangel- und Unterernährung und erhöhter Mortalität assoziiert[2]. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem

1 https://www.who.int/oral_health/publications/sugars-dental-caries-keyfacts/en/

2 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18037650/

	gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem.
Swiss Dental Hygienists	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten vor allem im Bereich der Langzeitpflege zu dämpfen, fordern wir die Sicherstellung der Mundgesundheit der Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und der älteren Menschen im Pflegekontext. Relevante Studien belegen, dass das Risiko für Pneumonien, Hirnschlag, Sturz etc. steigt, was wiederum zu Folgeerkrankungen führt[3][4][5][6]. Eine von 10 Todesfällen durch Pneumonie ist durch intensive Mundhygiene vermeidbar[7]. In der Schweiz gibt es seit 1960 das gut funktionierende Beispiel zur Förderung der Mundgesundheit bei schulpflichtigen Kindern (Schulzahnpflege).[8] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[9] Ein gutes Beispiel ist hier das von der Aktion Zahnfreundlich in Zusammenarbeit mit Spitex Schweiz lancierte Projekt «minimal einmal». Mundgesundheit und bedarfsgerechte Ernährung von älteren Menschen

[3] Brändli-Holzer B. Orale Gesundheit und Mundhygiene von neueingetretenen Bewohnern eines Pflegezentrums der Stadt Zürich [Internet]. Zürich: Universität Zürich; 2012 [zitiert 16. April 2019]. Verfügbar unter: http://www.genration-kariesfrei.ch/fileadmin/media/pdf/diss_braendli_2012.pdf

[4] Borgnakke WS, Ylöstalo PV, Taylor GW, Genco RJ. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. Journal of Clinical Periodontology. April 2013; 40: S 135–52.

[5] Eickholz P. Parodontitis als Risikoindikator für respiratorische Erkrankungen. Parodontologie 23. 19. März 2012(1):57–63.

[6] SjögrenP,NilssonE,ForsellM,JohanssonO,HoogstraateJ.A,SystematicReviewofthePreventiveEffect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials: ORAL HYGIENE AND PNEUMONIA IN ELDERLY. Journal of the American Geriatrics Society. November 2008; 56(11): 2124–30

[7] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18795989/

[8] Kariesverlauf über 45 Jahre bei Zürcher Schülern Marcel Steiner Giorgio Menghini Thomas M. Marthaler Thomas Imfeld Schweiz Monatsschr Zahnmed Vol. 120 12/2010

[9] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

	ist das zentrale Anliegen des Projektes mit dem Ziel, die Betreuungsqualität von älteren Menschen zu verbessern und so eine längere Verweildauer im Setting Spitex/häusliche Pflege zu ermöglichen. Die praxisnahen Schulungen des Pflegepersonals und der pflegenden Angehörigen werden in Zusammenarbeit mit Swiss Dental Hygienists von diplomierten Dentalhygienikerinnen durchgeführt.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Swiss Dental Hygienists	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere, nicht ärztliche Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf **‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher oder zahnärztlicher Aufsicht’** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der	Anpassung: «von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher oder zahnärztlicher Aufsicht»

				Begriff ‘national oder kantonal organisierte Programme’ ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Institutionen, Geriatriespitäler, Pflegeheime, Spitex und Schulen für die in der Pflege tätige Personen sollten in die Programme eingebunden werden können.	
Swiss Dental Hygienists	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in ‘von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen’ auf **‘von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher oder zahnärztlicher Aufsicht’** zu ändern.	
Swiss Dental Hygienists	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	
Swiss Dental Hygienists	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können, sowie ein Qualitätsmanagement etabliert werden. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge,	

				Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
Swiss Dental Hygienists				Mangelhafte Mundhygiene ist ein Risikofaktor für das Entstehen von nicht übertragbaren Krankheiten und teils schwerwiegenden Folgeerkrankungen. Die Institutionen der Langzeitpflege müssen die Verantwortung für die Pflegequalität der Mundgesundheit übernehmen und über ein zahnmedizinisches Betreuungskonzept verfügen. Aktuell erfolgt bei Eintritt in eine Institution keine standardisierte Eintrittsuntersuchung durch eine zahnmedizinische Fachperson zum Mundstatus. Swiss Dental Hygienists fordert, dass künftig bei Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege ein umfassendes standardisiertes Assessment zur Mundgesundheit durch eine zahnmedizinische Fachperson durchgeführt wird. Die daraus entstehenden Kosten sollen durch die OKP abgegolten werden können.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Drogistenverband

Abkürzung der Firma / Organisation : SDV

Adresse : Nidaugasse 15, 2502 Biel/Bienne

Kontaktperson : Elisabeth von Grünigen-Huber

Telefon : 032 328 50 32

E-Mail : e.vongruenigen@drogistenverband.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 8

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 9

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SDV	Der Schweizerische Drogistenverband (SDV) ist 1898 in Olten gegründet worden. Er bildet zusammen mit seinen Organen die nationale Branchenorganisation der Schweizer Drogerien. Heute sind 479 Drogerien in der Deutsch- und der Westschweiz Mitglieder des SDV – das sind mehr 90 Prozent aller Schweizer Drogerien. Als erste Anlaufstelle für eine adäquate Beratung in den Bereichen Selbstmedikation und Komplementärmedizin, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitspflege sind die Drogerien der idealer Partner für die Bevölkerung. Seit dem in Kraft treten des revidierten Heilmittelgesetzes per anfangs Januar 2019 dürfen Drogerien neu sämtliche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel abgeben und können dadurch ihre Kundinnen und Kunden noch umfassender beraten. Drogistinnen und Drogisten verfügen dank ihrer achtjährigen Ausbildung über eine hohe Fach- und Sozialkompetenz und können so die Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden kompetent und rasch erfassen. Dabei leisten die Drogerien aktiv einen Beitrag für eine bessere Gesundheitsvorsorge und -erhaltung und tragen dazu bei, dass dem Gesundheitswesen unnötige Kosten erspart bleiben. Dies zeigt sich nicht zuletzt auch in der aktuell besonderen Lage. Seit Beginn der Corona-Pandemie leisten die Drogerien mit rund 500 Verkaufsstellen einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der Arztpraxen und Spitäler und helfen mit die Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten. *Wir haben unsere Positionen insbesondere mit dem Dakomed abgesprochen, bei welchem wir auch Mitglied und im Vorstand vertreten sind. Soweit wir uns zu einzelnen Punkten nicht explizit äussern unterstützen wir die von Dakomed eingebrachten Positionen, Vorschläge und Argumente im Wortlaut. Wir bitten Sie dies bei der Auswertung der Vernehmlassungsantworten entsprechend zu berücksichtigen und danken Ihnen dafür.*
SDV	**Grundsätzliche Bemerkung** Es ist nachvollziehbar, dass sich die vorgeschlagenen Lösungen auf Leistungen und Angebote im Gesundheitswesens konzentrieren, welche die OKP belasten. Wie andere Verbände auch stört uns aber die einseitige Fokussierung auf die Einsparung von Kosten unter Inkaufnahme von teils unnötigen Einschränkungen der Verfügbarkeit und/oder der Qualität von Leistungen für die Patienten/-innen. Im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung eines gut verfügbaren Angebotes mit einem möglichst optimalen Verhältnis von qualitativ hochstehenden, zielführenden Lösungen und einem tragbaren Preis ist es in unserer Wahrnehmung ebenso wichtig, dass bestehende Potenziale aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens eruiert und Anreize geschaffen werden, um diese zu Gunsten einer Kostenvermeidung/- dämpfung in der OKP zu stärken, zu fördern und wo möglich auszubauen.

	Aus unserer Sicht betrifft dies insbesondere die Möglichkeiten der Drogerien und Apotheken im Bereich der Selbstmedikation. Wird diese durch Fach- und Medizinalpersonen begleitet, leistet sie erwiesenermassen einen wichtigen Beitrag, um vermeidbare Arztbesuche und Arzneimittelverschreibungen zu reduzieren. Die spezifisch dafür ausgebildeten Fachpersonen in Drogerien und Apotheken gewährleisten, dass einerseits Erkrankungen sicher behandelt werden können, ohne die OKP in Anspruch nehmen zu müssen und entlasten dadurch die ärztlichen Grundversorger/-innen, damit deren Potenzial dort zur Verfügung steht, wo es wirklich gebraucht wird. Andererseits stellen Drogist/-innen und Apotheker/-innen aber sicher, dass die Grenzen der Selbstmedikation respektiert und unnötige Folgekosten auf Grund verzögerter Behandlungen vermieden werden, in dem sie wo nötig die Patienten/-innen zeigerecht an eine/-n Arzt/Ärztin oder an andere Spezialisten/-innen überweisen. Die Möglichkeiten von Drogerien und Apotheken im Bereich der Selbstmedikation sind im Rahmen der letzten HMG-Revision klar gestärkt worden. Es ist uns im Namen unserer Mitglieder deshalb ein Anliegen, dass dieses neu geschaffene Potenzial zur Vermeidung von OKP-Kosten im Zusammenhang mit den Kostendämpfungsmassnahmen klar besser berücksichtigt und zum Tragen gebracht wird. Dazu sind in unserer Wahrnehmung einerseits konkrete auf diesen Bereich bezogene Anreize, Massnahmen und Konzepte notwendig, andererseits müssen die Möglichkeiten und Kompetenzen der entsprechenden Fach- und Medizinalpersonen im Rahmen der koordinierten Versorgung besser berücksichtigt und eingebunden werden.
SDV	**Erstberatungsstelle: Ablehnung** Wir lehnen die Verpflichtung zu einer Erstberatungsstelle, die von einer Hausärztin / einem Hausarzt übernommen werden muss, ab. Erstens wird die Verpflichtung der Tatsache nicht gerecht, dass sich bereits 70 Prozent aller Versicherten für ein alternatives Versicherungsmodell mit einem Triagemechanismus entschieden haben. Es wäre falsch, ein bewährtes System für 30 Prozent aller Grundversicherer umzuwälzen. Wir könnten das Modell unterstützen, wenn die Erstberatung im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht nur von ärztlichen Grundversorgern übernommen werden könnte. Aus unserer Sicht ist es nicht notwendig, dass immer eine Ärztin oder ein Arzt die Erstberatung übernehmen muss. In integrierten, interprofessionell arbeitenden Netzwerken können weitere Gesundheitsfachpersonen diese Aufgabe übernehmen. Je nach Region oder Ortschaft können auch Drogistinnen und Drogisten sowie Apothekerinnen und Apotheker und Naturheilpraktiker mit eidgenössisch anerkanntem Diplom diese Aufgabe übernehmen. Diese Berufsgruppen in Netzwerken besser einzubinden und zur Erstberatung zuzulassen, könnte einen effektiven Beitrag an eine Kostendämpfung bringen.
SDV	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Ablehnung mit Vorbehalt** Der SDV unterstützt im Grundsatz die Bildung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Sie bilden eine Chance, die interprofessionellen Skills verschiedener Fachrichtungen zu Gunsten der Patientinnen und Patienten besser einzusetzen. Auch hier ist es uns ein Anliegen, festzuhalten, dass je nach Region oder Ortschaft Drogistinnen und Drogisten durchaus gewillt sind, sich in einem solchen Netzwerk einzubringen und eine wichtige Rolle zu übernehmen. Der Vorschlag, wonach die Netzwerke eigenständige Leistungserbringer werden und über Pauschalen abrechnen, die für alle Netzwerke gleich

	sind, lehnen wir aber ab. Die vorgeschlagenen Betriebsauflagen schränken die Freiheiten der Netzwerke stark ein und müssen als innovationshemmend eingestuft werden. Auch die national einheitliche Regulierung durch die Tarifpartner könnte investitions- und innovationshemmend wirken. Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den Freiheiten der Vertragspartner, individuelle Verträge zwischen Netzwerken und Versicherungen abzuschliessen. Diese Freiheiten werden mit dem Vorschlag unnötig eingeschränkt.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**

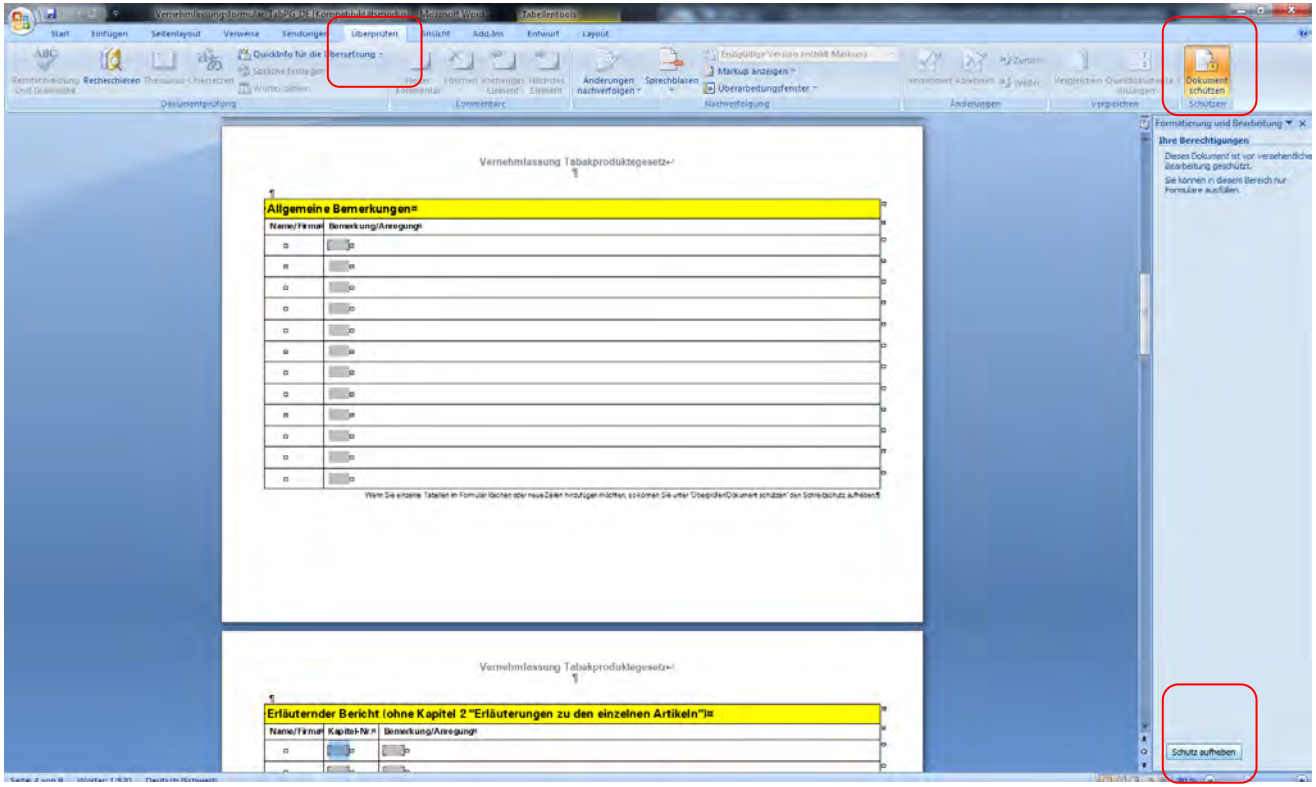
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

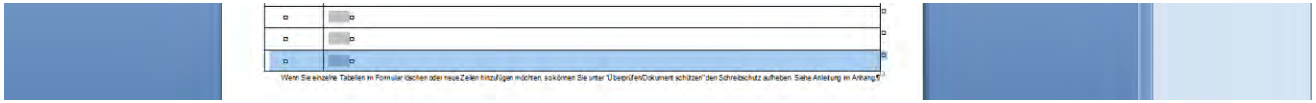
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



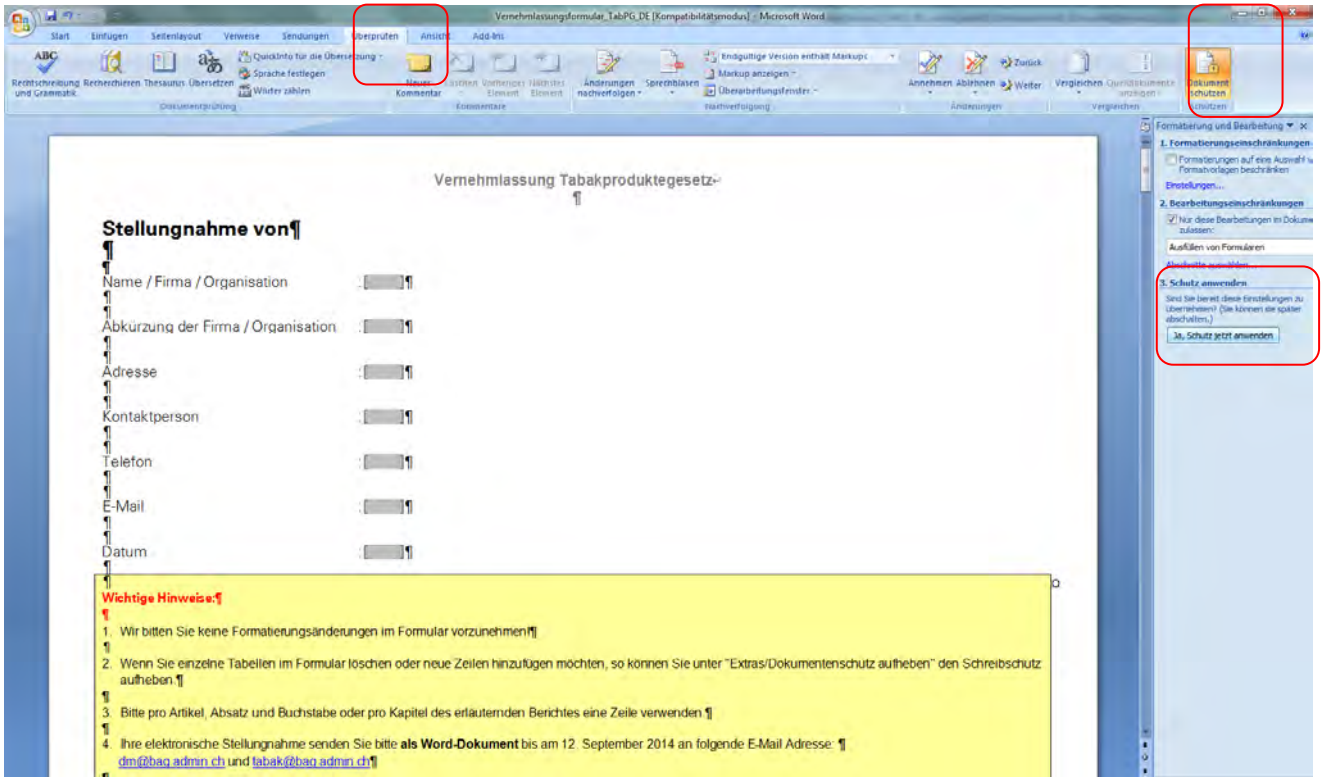
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: senesuisse, Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters-/Pflegeeinrichtungen
Abkürzung der Firma / Organisation	: senesuisse
Adresse	: Bahnhofplatz 2, 3011 Bern
Kontaktperson	: Christian Streit, Geschäftsführer
Telefon	: 031 911 20 00
E-Mail	: info@senesuisse.ch
Datum	: 10.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 4

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
senesuisse	Es ist ein hehres Ziel des Bundesrates, die Prämienbelastung für die Schweizer Bevölkerung zu mildern. Aus Sicht von senesuisse gibt es noch Optimierungspotenzial, etwa bei überflüssigen Eingriffen und teuren lebensverlängernden Massnahmen bei tiefen Erfolgsaussichten. Deshalb können wir uns mit diesem zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen grundsätzlich einverstanden erklären. Allerdings sind wir klar der Meinung, dass sich die Schweiz eine gute Pflege und hochwertige Arbeitsplätze in der Branche leisten kann: Die Gesundheit ist unser höchstes Gut und investiertes Geld ist nicht einfach verloren, sondern bringt einen Mehrwert. Leider fällt der Revisionsentwurf insgesamt sehr technisch aus und lässt Ansätze zu einer dringend notwendigen Priorisierung im Gesundheitswesen vermissen (namentlich die grundsätzliche Fragestellung, in welchem Bereich wie viel Mittel investiert werden sollen). Ob die vorgeschlagenen Massnahmen damit geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen, ist fraglich. Der Bundesrat stellt das gesamte 2. Paket als Gegenvorschlag der CVP-Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» gegenüber. Deshalb fordert senesuisse, dieses Paket aufzuteilen: Der indirekte Gegenvorschlag soll lediglich die Bestimmungen zum Kostenziel umfassen, während die restlichen Bestimmungen in einer separaten Vorlage zu diskutieren sind. Sinnvolle Vorschläge wie namentlich die Netzwerke sollen unabhängig vom Schicksal der Initiative eingeführt werden. Die Vorlage betrifft die stationäre Langzeitpflege nicht im selben Ausmass wie das 1. Massnahmenpaket, weshalb wir uns bei der Stellungnahme auf die für die stationäre Langzeitpflege zentralen Bestimmungen beschränken. Generell ist anzumerken, dass in den vorgesehenen Massnahmen sowohl ambulante Spitex als auch Alters- und Pflegeheime kaum berücksichtigt sind, weil die Korrekturen über Tarifverträge vorgesehen sind – welche für diese beiden Leistungserbringer schlicht nicht existieren. Dies ist aber aus unserer Sicht nicht nachteilig sondern explizit zu begrüssen, weil gerade in der ambulanten und vor allem der stationären Langzeitpflege kaum Sparpotential besteht: Dieser Leistungsbereich macht trotz der vielen gepflegten Personen nicht einmal 10% der OKP-Kosten aus. Sparmassnahmen müssen deshalb auf Bereiche mit Überversorgung und Ineffizienz fokussieren, besonders auf die kostenintensiven. Schliesslich bestehen Befürchtungen, dass zusätzliche neue und sinnvolle Pflegeleistungen wie Palliative Care oder Demenzpflege nicht mehr aufgenommen bzw. gemäss ihrer Bedeutung berücksichtigt werden können. Denn: mit der demographischen Entwicklung wird geriatrische Pflege zunehmend bedeutender und eine Art «Kostendeckel» droht diesen notwendigen Leistungsausbau abzuwürgen. Entsprechend fordern wir einmal mehr ein grundsätzliches Überdenken des gesamten Systems: Zuerst müssen die gewünschten Leistungen und dann erst die dafür nötige Finanzierung mit verfügbaren Kostenträgern betrachtet werden – nur mit Korrekturen im System selbst sind echte Verbesserungen möglich.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
senesuisse	32			Die differenzierte WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG kann senesuisse gutheissen. Eine periodische Überprüfung von medizinischen Leistungen nach den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erachten wir als wesentliches Instrument zur Steuerung der Kosten von bestehenden Leistungen, sie müssten aber in vielen Bereichen noch inhaltlich präzisiert werden. Zudem ist wichtig, dass die Erkenntnisse aus diesen periodischen Überprüfungen auch zu den notwendigen Entscheiden führen, besonders in den kostenintensiven Bereichen. Erst dann kann die Massnahme ihre kostendämpfende Wirkung entfalten – und nicht nur zusätzlichen Aufwand verursachen.	
senesuisse	36b	1	a	senesuisse begrüsst die vorgesehenen Netzwerke der koordinierten Versorgung und damit die medizinische Betreuung aus einer Hand. Sie ist im Interesse einer sinnvollen integrierten Versorgung in der Schweiz. Anstatt die Leistungserbringer künstlich zu trennen, ermöglicht es Betroffenen den Bezug von Dienstleistungen aus dem koordinierten Netzwerk. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass im Gesetzesvorschlag das Netzwerk als Einrichtung definiert wird, die Leistungen *ambulant* erbringt: Dies widerspricht der Entwicklung, dass ambulante und stationäre Pflegeleistungen immer häufiger aus einer Hand angeboten werden (sollten). Die Koordination und Erbringung von stationären Pflegeleistungen müssen vielmehr optional ins Netzwerk integrierbar sein. Diese Beschränkung auf bloss ambulante Leistungen ist aufzuheben.	1 Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die: a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ~~ambulant und~~ koordiniert erbringt; und […]

		3	a bis e	senesuisse erachtet es ferner als nicht zwingend, dass ein Arzt oder eine Ärztin das Netzwerk leiten muss. Diese Vorgabe ist auf die medizinische Verantwortung zu beschränken, während fürs Management anders ausgebildete Personen besser geeignet sind. Die Festlegung von Zulassungskriterien je nach Netzwerk ist zielführender und trägt den Besonderheiten der betreffenden Einrichtung besser Rechnung als eine Berufsvorgabe. Bei den Voraussetzungen ist ferner auf lit. e zu verzichten, welche zum einen unnötig Führungsinstrumente vorschreibt und zum anderen Daten für die Tarifierung Vorgibt. Weil die OKP bei der stationären und ambulanten Pflege nur Beiträge entrichtet und die Restfinanzierung in der Kompetenz der Kantone ist, muss auf solche nationalen Vorgaben für diese Bereiche verzichtet werden.	Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, welche/r die medizinische Verantwortung trägt; […] ~~e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen~~.
senesuisse	40a	3		senesuisse erachtet die vorgeschlagene Erstberatungsstelle für gesundheitliche Probleme als zielführenden Anreiz, die Prämienbelastung zu senken. Allerdings steht sie in Konflikt mit der freien Arztwahl. Ob man diese beschränken will, ist eine politische Frage. Soll die Erstberatungsstelle eingeführt werden, muss die Bestimmung auf die stationäre Langzeitpflege ausgeweitet werden, damit auch Heimärzte in erster Instanz Ansprechpartner sein können. Durch ein koordiniertes Vorgehen über von der Beratungsstelle ausgewählte Ärzte in den Pflegeheimen (analog Spitälern) können im Vergleich zum heute bestehenden Wildwuchs mit teilweise 20-40 Ärzten pro Pflegeheim grosse Fortschritte bezüglich Qualität und Kosten erzielt werden. So würden sich etwa Risiken und Kosten im Bereich der Medikation und der Aufwand zur Koordination senken lassen. Will man das vorgeschlagene Modell weiterverfolgen, müssten zumindest diese „Nebenkosten“ der freien Arztwahl fair in die Berechnung des Aufpreises gegenüber HMO-Modellen einfliessen und sich somit die Preisdifferenz vergrössern.	Ergänzung: [b] Einrichtungen, die der ambulanten *und stationären* Krankenpflege…

senesuisse	42	3ter		Vorbehalte hat senesuisse gegenüber der elektronischen Rechnungsübermittlung. Diese verursacht für die Leistungserbringer einen Zusatzaufwand, welcher nach dem heutigen System durch die Kantone/Gemeinden als Restfinanzierer gedeckt werden müsste. Nachdem schon heute Deckungslücken von mehreren hundert Millionen Fragen pro Jahr bestehen, steht zu befürchten, dass letztlich keine vollständige Übernahme der Zusatzaufwände erfolgt und dadurch noch weniger Zeit für die eigentlichen Hauptaufgaben bleibt.	Abs. 3ter: Streichung
senesuisse	54			Wir können die Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP nachvollziehen. Allerdings muss dabei aus unserer Sicht auch endlich eine Differenzierung vorgenommen werden. Es darf nicht um eine lineare Kürzung sämtlicher medizinischer und pflegerischer Leistungen gehen, vielmehr sollen die Vorgaben spezifisch auch dort greifen, wo Einsparungen sinnvoll und nötig sind, allerdings ohne zu Qualitätseinbussen zu führen. senesuisse fordert darum klare Kriterien, – die verhindern, dass bei Unterversorgung auch noch Kostenziele erreicht werden müssen, die nur mit Einsparungen zu erreichen sind; – die sicherstellen, dass Kostenziele bei ausgewiesener Überversorgung oder Ineffizienz erreicht werden müssen. Zudem muss klar sein, dass die notwendigen Prozesse zur Erfüllung dieser Zielvorgaben schlank und effizient sind. Zu bemerken ist schliesslich, dass die Folgen für die ambulante und stationäre Pflege nicht klar sind, weil als Steuerungsmittel die Tarifverträge verwendet werden, welche bei Pflegeheimen und Spitex-Betrieben nicht existieren.	Grundlegende Bearbeitung im Sinne der Bemerkungen.
senesuisse	54e			Die Beratung des Bundesrates durch eine eidgenössische Kommission ist zu begrüssen. Allerdings ist zu bemerken, dass	Verzicht auf Art. 54e und Integration in Art. 58 ff.

				der Bundesrat bereits eine eidgenössische Qualitätskommission, die sich ja um Qualität und Wirtschaftlichkeit kümmert, eingerichtet hat. senesuisse sieht in zwei Kommissionen eine gewisse Redundanz und vor allem die Gefahr von Zielkonflikten. Zudem führt eine weitere Kommission zu Zusatzaufwänden personeller und finanzieller Art. Der Branchenverband fordert daher, dass eine einzige Kommission sowohl für Qualität als auch Effizienz/Effektivität und Kostendämpfung zuständig ist. Dies würde Konsistenz und ganzheitliche Sicht auf das Gesundheitswesen fördern. Und schliesslich haben Kosten und Qualität einen direkten Zusammenhang, weshalb sich die gesamtheitliche Betrachtung durch ein einziges Gremium aufdrängt.	(Eidg. Qualitätskommission).

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation :

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Röntgenstrasse 10

Kontaktperson : PD Dr. med. Severin Läuchli

Telefon : 078 602 4215

E-Mail : slaeuchli@yahoo.com

Datum : 18.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PD Dr. med. Severin Läuchli	Als Facharzt für Dermatologie gehört nicht nur eine Krebsvorsorge, deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. In diesem Sinn leiste ich einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweise ich hierzu auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
PD Dr. med. Severin Läuchli	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
PD Dr. med. Severin Läuchli	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

PD Dr. med. Severin Läuchli	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen	

				erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
PD Dr. med. Severin Läuchli	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	

PD Dr. med. Severin Läuchli	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
PD Dr. med. Severin Läuchli	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
PD Dr. med. Severin Läuchli	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Abkürzung der Firma / Organisation : SGAIM

Adresse : Monbijoustrasse 43

Kontaktperson : Dr. Lars Clarfeld

Telefon : 031 370 40 06

E-Mail : lars.clarfeld@sgaim.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 16

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 18

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGAIM	Wir begrüssen grundsätzlich, dass die Vorlage die zentrale Rolle der Hausarztmedizin erkennt und anerkennt. Wir sind überzeugt, dass ein hausarztbasiertes Gesundheitswesen die besten Resultate liefert, und zwar bezüglich Qualität wie auch bezüglich Kosten. Der Vergleich mit Gesundheitssystemen in anderen Ländern zeigt dies klar. Haus- und Kinderärzte lösen 94.3% der Gesundheitsprobleme (Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich) selber und nehmen dafür nur 7.9% der Gesundheitskosten in Anspruch (Obsan Bulletin 2016/1). Sie können unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermeiden. Mit der Stärkung der medizinischen Grundversorgung lassen sich unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermeiden und können die Versorgungsqualität verbessert und finanzielle Ressourcen geschont werden.
SGAIM	Den Generalisten obliegt die Verantwortung, Entscheide zusammen und im Sinne ihrer Patienten zu treffen. Finanzielle Überlegungen dürfen dabei aber keine Rolle spielen. Sparmassnahmen sind von den politischen Behörden zu entscheiden und auch zu verantworten. Die Politik darf diese Verantwortung nicht auf die Leistungserbringer abschieben, wie dies insbesondere mit den vorgesehenen Zielvorgaben geschehen würde. Welche Medizin wir wollen und welchen Preis wir zu bezahlen bereit sind, darf weder von den Leistungserbringern noch von den Kostenträgern entschieden werden. Dass die Kosten im Gesundheitswesen steigen, hat viele Ursachen, etwa der medizinische Fortschritt (gewollt und für alle von Vorteil), die gestiegene Nachfrage (durch demographischen und gesellschaftlichen Wandel und verändertes Patientenverhalten), Veränderungen im Angebot (z.B. neue Leistungen) oder die Struktur der Versicherungslandschaft. Der Vorschlag des Bundesrats zur Kostendämpfung setzt ungeachtet dessen fast ausschliesslich bei den Leistungserbringern an, während andere kostentreibende Faktoren mehrheitlich ausgeblendet werden. Das ist nicht zielführend und für die SGAIM nicht nachvollziehbar. Wir lehnen eine solche einseitige Kostenbetrachtung ab. Wenn der Bundesrat überzeugt ist, dass Kosten gespart werden können, steht er in der Pflicht aufzuzeigen, wo dies der Fall sein soll, also konkret: worauf verzichtet werden soll. Lineare Preissenkungen widersprechen dem KVG, das Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit verlangt. Sie führen zu Rationierung und einer Verschlechterung der Versorgung. Zielvorgaben haben den gleichen Effekt. Sie sind nichts anderes als ein Kostendach, das einzuhalten nur dann gelingt, wenn auf Leistung verzichtet wird.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Sie SGAIM spricht sich für die zentrale Funktion von Haus- und Kinderärzten und ihre Rolle zur Koordination und Steuerung der Behandlungswege aus. Wir begrüssen Veränderungen in Richtung eins hausarztbasierten Gesundheitswesens. Er muss aber konsequent erfolgen, was im Falle des Vorschlages zur Erstberatungsstelle nicht der Fall ist Entscheidend für den therapeutischen Erfolg sind langjährige Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten, das Kennen ihrer Kranken- und auch der Familiengeschichten. Das wird nur unter allgemeininternistischer - und kinderärztlicher Leitung in deren Praxen tatsächlich sichergestellt.

	Andere Formen, z.B. telemedizinische Angebote, wie sie der Bundesrat mit vorschlägt, können dies nicht bieten. Langjährige Patientenbeziehungen wirken vor allem präventiv und tragen so aktiv und auf lange Sicht dazu bei, Kosten zu vermeiden. Die Entwicklung der vergangenen Jahre hat gezeigt, der Bundesrat weist selber darauf hin, dass sich Hausarzt- und damit verwandte Modelle durchsetzen, wenn Prämienrabatte einen Anreiz setzen und das Wohl der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht. Die Schweizer Bevölkerung wählt als primäre Anlaufstellen bereits heute zu einem grossen Teil ihren Haus- oder Kinderarzt. 70 % der Versicherten sind in einem alternativen Versicherungsmodell. Die SGAIM setzt deshalb weiter auf Freiwilligkeit und lehnt ein Obligatorium für Erstberatungsstellen, wie es der Bundesrat vorsieht, ab. Wir halten es für nicht angemessen und zielführend, für die noch fehlenden 30 % der Versicherten das bisher erfolgreiche System alternativer Versicherungsmodelle umzukrempeln und damit seinen Erfolg zu gefährden. Stattdessen muss nach gezielten Anreizen gesucht werden, mit denen jener Rest überzeugt werden kann, der noch nicht in einem hausarztbasierten System versichert sind. Der Grundgedanke zu den Erstberatungsstellen ist überhaupt nicht im Sinne von Managed Care und die Wahlfreiheit für die Patienten muss zwingend beibehalten werden. Aus diesen Gründen lehnt die SGAIM das Modell der Erstberatungsstelle ab.
SGAIM	Der Bundesrat will die Kosten mit Hilfe von verbindlichen Zielvorgaben dämpfen. Als Massnahmen sieht er dafür einzig tarifpolitische Korrekturen auf kantonaler Ebene vor und schliesst Leistungseinschränkungen ausdrücklich aus. Der Bundesrat geht davon aus, dass Tarifeingriffe weder auf den Umfang der Leistungen noch auf deren Qualität oder die Versorgung generell einen Einfluss haben. Diese Annahme ist nicht haltbar und schlicht falsch. Preise entscheiden immer über das Angebot. Tarifsenkungen werden immer dazu führen, dass das Angebot an medizinischen Leistungen abnimmt, also faktisch rationiert wird. Hinzu kommt, dass der geplante Zielvorgabeprozess einen erheblichen administrativen Aufwand bedeuten würde, der wahrscheinlich eine Vorlaufzeit von mehreren Jahren zur Folge hätte. Realitätsnahe Zielvorgaben wären unter diesen Bedingungen wohl Wunschdenken. Die SGAIM lehnt die Einführung rationierender Zielvorgaben entschieden ab. Sie gehen direkt zulasten der Kranken und Verunfallten. Dafür gibt es im Ausland Belege genug. Zudem kann es nicht ernsthaft die Absicht des Bundesrats sein, die angestrebte Stärkung der Hausarzt- und Kindermedizin (z.B. Hausarztzuschlag) ausgerechnet durch drohende undifferenzierte, lineare Preissenkungen zu gefährden. Zumal jetzt, da sich erste Erfolge zeigen, etwa wenn wieder mehr Studierende die Hausarztmedizin für eine attraktive Karriereoption halten. Wir erinnern den Bundesrat auch daran, dass die Tarifpartner mit Tardoc vor über einem Jahr einen vollständig revidierten ambulanten Tarif vorgelegt haben. Dieser sieht auch verbindliche Korrekturmassnahmen vor. Der Bundesrat ist aufgefordert, diesen neuen Tarif zuerst zu genehmigen, bevor er so einschneidende Massnahmen zur Diskussion stellt wie Zielvorgaben.
SGAIM	Die SGAIM begrüsst die vorgesehene Stärkung der koordinierten und interprofessionellen Versorgung. Eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist der SGAIM ein grosses Anliegen. Es ist aber dringend nötig, dass interprofessionelles Arbeiten und die nötigen Koordinationsaufgaben dem Nutzen und Aufwand entsprechend vergütet werden. Bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern ist diese Koordination häufig zeitintensiv, lohnt sich aber langfristig sowohl bezüglich Versorgungsqualität als auch wegen der finanziellen Folgen

	für das Gesundheitswesen, können so doch z.B. Hospitalisationen vermieden werden. Zentral ist, dass Netzwerke hausarztbasiert arbeiten, also Haus- und Kinderärzte die koordinierende Rolle übernehmen. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass viele unterschiedliche Formen solcher Netzwerke entstehen, je nach regionalen Voraussetzungen. Die SGAIM plädiert deshalb dafür, den Netzwerken nicht Vorgaben zu machen, wie dies in der Vorlage der Fall ist. Netzwerke brauchen Freiheiten, damit sie innovativ sein können und so dazu beitragen, einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten. Interprofessionelle Arbeit findet heute auch im Rahmen von Patientenprogrammen statt. Sie funktionieren nicht ohne Ärztinnen und Ärzte. Zentral ist, dass solche Programme die strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit fördern.
SGAIM	Erstberatungsstelle und Netzwerke sollen, so der Vorschlag des Bundesrats, mit Pauschalen für ihre Leistungen abgegolten werden. Die SGAIM steht solchen Pauschalen sehr kritisch gegenüber. Pauschalen sind gerade in der Erstbeurteilung nicht zielführend und verhindern ein auf den Bedürfnissen der Patienten beruhendes Vorgehen. Wir Haus- und Kinderärzte fordern seit Jahren einen sachgerechten Tarif mit adäquater Vergütung unserer Leistung. Grundsätzlich sind in der allgemeininternistischen und kinderärztlichen Medizin Pauschalen schwierig, da der Bedarf an ärztlicher Beratung und Untersuchung je nach Patienten, Erkrankung und Situation stark variieren kann. Inakzeptabel ist eine Pauschalisierung der Erstberatung, wenn die Abgeltung der haus- und kinderärztlichen Leistungen zur faktischen Rationierung von Versorgungsleistungen führen sollte. Solche Pauschalen sieht der Bundesrat auch für Netzwerke vor, wobei diese von den Tarifpartnern ausgehandelt werden sollen. Netzwerke sind heute deshalb in verschiedenerlei Hinsicht erfolgreich, weil sie innovativ und mit grossen vertraglichen Freiheiten gemeinsam mit den Versicherern Vergütungsmodelle aushandeln können, die auf lokale/regionale Begebenheiten und die Struktur und die medizinische Ausrichtung eines Netzwerks Rücksicht nehmen. Schon heute arbeiten Netzwerke und Versicherer häufig mit verschiedenen Formen von Pauschalen. Wir lehnen enge Vorgaben für Netzwerke auch bezüglich Abrechnungsformen ab, weil sie das behindern, was Netzwerke erfolgreich macht: Innovation und Flexibilität.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGAIM	21			Die SGAIM lehnt die Ausweitung der Datenweitergabepflicht ab. Sie ist nicht nötig, um die Voraussetzungen zu schaffen für eine datengetriebene Versorgungssteuerung. Mit dem Vorschlag ritzt der Bundesrat das Arztgeheimnis, indem er in kleinen Schritten den Weg in Richtung gläserne Patienten und Ärztinnen und Ärzte einschlägt. Dagegen wehren wir uns. So weitreichende Datenfreigaben sind für die Ziele, die der Bundesrat verfolgt, gar nicht erforderlich. Widersprüchlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Daten zwar in aggregierter Form weitergeben werden sollen (Abs. 2), sie aber in einer Form geliefert werden müssen, dass gleichwohl eine Aufteilung unter anderem auf Leistungserbringer möglichen ist.	
SGAIM	54			Die SGAIM lehnt Kostenziele entschieden ab. Sie entsprechen einem Globalbudget, beliebig skalierbar bis auf einzelne Leistungserbringergruppen. Welche negativen Auswirkungen solche Globalbudgets auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten haben, lässt sich z.B. in Deutschland beobachten, wo die Kosten übrigens trotz Globalbudget in vergleichbarem Masse ansteigen wie in der Schweiz. Unrealistisch ist die Vorstellung, dass Zielvorgaben eingehalten werden können ohne Auswirkungen auf die Versorgung und die Leistungen. Ohne Beschränkungen sind Zielvorgaben unter dieser Prämisse nur noch undifferenziert und unsachgerecht durch Kürzungen der Taxpunktwerte zu erreichen. Die Last der Kostendämpfung wird so einseitig auf die Leistungserbringer abgewälzt, während z.B. die Nachfrageseite weder thematisiert noch problematisiert wird. Weder Versicherte noch Versicherer werden zur Verantwortung gezogen. Gegen eine dergestalt einseitige Betrachtungsweise wehren wir uns. Sie ist nicht zielführend, wird der Komplexität der Kostensteigerung nicht gerecht auf mittlere und lange Sich deshalb auch nichts zur Problemlösung beitragen.	

				Eingriffe in Preise werden zudem immer Auswirkungen auf das Angebot und die Qualität der Versorgung haben. Eine undifferenzierte Absenkung des Taxpunktwertes in einem Kanton wird über kurz oder lang dazu führen, dass dieser für die Ansiedlung junger Hausärztinnen und Kinderärzte weniger attraktiv ist. Nach jahrelangen Bemühungen zur Stärkung der Hausarztmedizin kann so etwas nicht ernsthaft die Absicht des Bundesrats sein.	
SGAIM	54a			Die differenzierte Betrachtung nach Kostenblöcken macht grundsätzlich Sinn. Ohne eine Differenzierung drohen bei Korrekturen nicht beabsichtigte negative Auswirkungen, etwa Angebots- und Leistungsreduktionen am falschen Ort, auch und gerade in der Hausarztmedizin, namentlich in ländlichen Regionen. Die SGAIM unterstützt es praxis- und spitalambulante Entwicklungen getrennt zu analysieren und anzugehen. Damit lassen sich unsachgerechte lineare Eingriffe verhindern, die auch jene treffen, die massgeblich zur Kostendämpfung beitragen. Das gilt vor allem für die Hausarztmedizin, die nach den zaghaften tarifarischen Aufwertungen weiter zu stärken ist. Hausarztbasierte Gesundheitssysteme sind nachweislich kostengünstiger als andere. Die Absicht, die hinter der Schaffung solcher Kostenblöcke steckt, nämlich Tarifeingriffe auf kantonaler Ebene, stehen aber grundsätzlich in Widerspruch zum geltenden Tarifsystem für den ambulanten Bereich, wenn die Tarifpartner einerseits verpflichtet sind, in langer Arbeit betriebswirtschaftlich sachgerechte, WZW-basierte Tarife auszuhandeln, der Bund oder die Kantone andererseits diese Tarife jederzeit unsachgerecht mutieren kann. Die Kostenblöcke sind ferner so auszugestalten, dass für die Bereitstellung der für die Analyse notwendigen Grundlagen keine zusätzlichen Daten notwendig sind und der Datenschutz und das Arztgeheimnis unter allen Umständen gewahrt bleiben können (vgl. Bemerkungen zu Art. 21). Einfache, fest definierte und mit bestehenden Daten definierbare Blöcke reichen aus.	
SGAIM	54b			Es gelten die gleichen Bemerkungen wie bezüglich der Kostenziele von Bundesseite (Art. 54): Es ist einfach nicht realistisch, einen Kostenkorridor durchzusetzen bei gleichzeitig gleichbleibender Qualität und Versorgung.	
SGAIM	54c			Die SGAIM lehnt die Vorgabe von Kostenzielen ohnehin ab. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass die seriöse Aufbereitung und die korrekte Analyse von komplexen Daten als Entscheidungsgrundlagen, zumal differenziert nach Kostenblöcken und Kantonen, Zeit in Anspruch	

				nimmt. Wenn man schon datengetriebene Steuerung machen möchte, was wir aus oben genannten Gründen ablehnen, muss ausreichend Zeit bleiben für die Formulierung von Steuerungsmassnahmen, zumal diese gemäss Art. 54d partnerschaftlich verhandelt werden sollen. Nicht geklärt ist die Frage, was passiert bei falschen Berechnungen der Datengrundlagen.	
SGAIM	54d			Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen lehnt die SGAIM ab. Sie sind einseitig, weil sie einzig und alleine auf der Tarifebene ansetzen, durch Anpassung der Tarifverträge, entweder durch Tarifpartner oder durch Behörden. Die Kostenentwicklung hat komplexe Gründe und viele Ursachen, die der Bundesrat gar nicht erst in Betracht zieht und stattdessen nur auf den Preis fokussiert. Keine Rede von anderen möglichen Massnahmen, seien diese eine Steuerung der Nachfrage oder des Angebots, z.B. Streichungen im Leistungskatalog. Zudem missachtet dieser Vorschlag das Gebot, dass Tarife betriebswirtschaftlich korrekt errechnet werden müssen. Er verletzt damit das Kriterium der Wirtschaftlichkeit und verliert die Gesamtsicht. Die Tarifpartner haben mit Tardoc ein neues Tarifmodell eingereicht. Der Bundesrat präsentiert hier Massnahmen, bevor er Tardoc geprüft hat. Tardoc enthält ebenfalls verbindliche Korrekturmechanismen, und zwar korrekterweise gegen oben und gegen unten. Stossend ist, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin, der bzw. die tadellose und qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und zweckmässige Leistungen erbringt, wegen Kostenüberschreitungen im «eigenen» Kostenblock mit einer Minderbezahlung der gleichen Leistungen bestraft werden kann. Eine solches Vorgehen ist nicht akzeptabel.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	54e			Da die SGAIM Kostenziele grundsätzlich ablehnt, stimmen wir auch der Schaffung einer entsprechenden Kommission nicht zu. Für sachgerechte Korrekturen im ambulanten Tarif sind die Tarifpartner zuständig, die dem Bundesrat mit Tardoc überdies bereits verbindliche Korrekturmechanismen vorgelegt haben.	
SGAIM	40a			Die vorgeschlagene Erstberatungsstelle wird dem Managed Care Gedanken und seiner steuernden Rolle überhaupt nicht gerecht. Sie hat einzig eine Gatekeeper-Funktion. Bisher konnten in alternativen Versicherungsmodellen Patienten selbst wählen, ob sie sich von ihrem Hausarzt, ihrer HMO-Praxis oder via Telemedizin beraten lassen, bevor sie einen	Ersatzlos streichen

				Spezialisten konsultieren und mit diesem Vorgehen Prämien sparen. Diese alternativen Versicherungsmodelle (AVM) erfreuen sich grosser Beliebtheit: 70% der Versicherten haben sich zurzeit für ein solches Modell entschieden. Der neue Vorschlag geht nun weiter: Nicht nur, dass die 30% der Bevölkerung, welche sich bewusst gegen ein AVM entschieden haben und bereit sind die entsprechenden Mehrkosten (Differenz zwischen Standardprämie und AVM-Prämie) zu tragen quasi entmündigt werden, sondern neu sollen die Kantone und nicht die Krankenversicherer die Erstberatungsstellen definieren. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Jahr 2012 an der Urne deutlich verworfen, obwohl der Eingriff in die Patienten-Autonomie kleiner war als dies mit der Einführung einer Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Der Umstand, dass die Managed-Care-Vorlage vom Volk verworfen wurde, jedoch 70% der Versicherten ein AVM-Modell gewählt haben, zeigt auf, dass die AVM deshalb auf breite Akzeptanz stossen, weil sie auf Freiwilligkeit und echtem finanziellen Anreiz gründen. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung entmündigt die 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen. Selbst unter den 30%, welche kein AVM-Produkt gewählt haben, ist der Anteil der Personen, die einen Hausarzt gewählt haben, wohl relativ gross, weshalb von ca. 10-15% der Bevölkerung ausgegangen werden kann. Um diese 10-15% der Bevölkerung in ein nicht gewolltes Modell zu zwängen, wird die Wahlfreiheit von 85% der Bevölkerung beschnitten, was einem Verhältnisblödsinn gleichkommt.	
SGAIM	40a	2	a-c	Die Erstberatungsstelle soll beurteilen, ob eine Untersuchung, Behandlung oder eine Überweisung an einen anderen Leistungserbringer notwendig ist. Die Verfasser dieses Gesetzesartikels sind offensichtlich der Meinung, dass Patientinnen und Patienten heute aus reiner Freude eine Arztpraxis aufsuchen, denn eine Differenzialdiagnose des vom Patienten geschilderten gesundheitlichen Problems, um zu beurteilen, ob eine Überweisung, weitere Diagnostik oder Therapie nötig ist, ist bereits eine Untersuchung. Die in diesem Artikel beschriebenen Aufgaben werden heute von den Hausärztinnen und Hausärzten übernommen. 70% der Bevölkerung hat sich im Rahmen eines AVM-Produktes bereits heute freiwillig dazu verpflichtet eine Erstberatungsstelle zu wählen, die genau die beschriebenen	Ersatzlos streichen

				Aufgaben erfüllt.	
SGAIM	40a	3	a	Selbstverständlich begrüssen wir eine zentrale Rolle der Fachärztinnen und Ärzte für Allgemeine Innere Medizin. Tatsächlich sind sie ja im Alltag auch für die Mehrzahl der Patienten die erste Anlaufstelle. Da wir die Erstberatungsstelle in dieser Form aber entschieden ablehnen, äussern wir uns nicht im Detail zum Abschnitt 3. Gesetz dem Fall, dass die Erstberatungsstellen entgegen unser Empfehlung eingeführt würden, wäre es wichtig, dass neben Haus- und Kinderarztpraxen auch ambulante Polikliniken für Allgemeine Innere Medizin als Erstberatungsstellen fungieren können, da sie jungen Ärzte in verantwortungsvoller Medizin weiterbilden bilden und unter anderem extrem multimorbide und gefährdete Patienten versorgen, die ohne diese Polikliniken keinen Zugang zur Grundversorgung hätten.	
SGAIM	40a	4		Bereits heute ist die Zulassung und das Erteilen einer Betriebsbewilligung geregelt. Die Kantone sollten nicht noch mit einer zusätzlichen Pflicht belastet werden, insbesondere können gemäss Art. 40a Abs. 3 lit. a alle Ärztinnen und Ärzte mit den entsprechenden Weiterbildungstiteln die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, sich jederzeit auf die Liste setzen oder streichen lassen, was eine administrative Mehrbelastung für die kantonalen Gesundheitsdirektionen darstellt, auf welche man gut verzichten kann.	Ersatzlos streichen
SGAIM	40a	5		Der Kanton soll über ein Gesuch entscheiden. Das bedeutet, dass er ein Gesuch auch ablehnen könnte, was aus Sicht der SGAIM, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind, laut dem Gesetzesentwurf nicht möglich ist.	Ersatzlos streichen
SGAIM	40a	6		Zur Umsetzung des Systems mit der Erstberatungsstelle, welche in Form einer Kopfpauschale vergütet werden soll, wird eine Administration benötigt, welche hohe Kosten verursachen würde. Die Leistungserbringer werden Bestätigungen (wohl in Papierform) an die Patientinnen und Patienten schicken müssen, welche ihrerseits die Bestätigung an den Versicherer weiterleiten müssen.	

				Die Versicherer müssen die nicht standardisierten Bestätigungen verarbeiten, kontrollieren und ihrerseits wohl wieder sowohl dem Patienten als auch der Erstberatungsstelle den Eingang der Bestätigung und deren Verarbeitung bestätigen, da die Erstberatungsstelle sonst Gefahr läuft keine Vergütung zu erhalten, wenn der Patient es versäumt hat die Bestätigung an die Krankenversicherung zu schicken.	
SGAIM	40a	7		Mit der Vorlage wird ein massiver Systemwechsel in der medizinischen Grundversorgung angestrebt, jedoch wird es unterlassen der Bevölkerung resp. der Politik auszuführen, wie versicherte Personen ihre Erstberatungsstelle wechseln können, wie der Versicherer eine Erstberatungsstelle bestimmen kann und auch, ob eine Zweitmeinung einer anderen Erstberatungsstelle eingeholt werden kann. Die SGAIM ist überzeugt, dass sich die Bevölkerung im Rahmen eines Referendums gegen diese Vorlage ausspricht.	Ersatzlos streichen
SGAIM	40b	2		Das Erfordernis einer Überweisung soll in Notfällen nicht gelten. Der Begriff «Notfall» müsste, sollte der Art. 40b tatsächlich Eingang ins KVG finden, klar definiert sein. Für eine versicherte Person ist wohl ein überwiegender Teil der gesundheitlichen Probleme ein Notfall	Ersatzlos streichen
SGAIM	40b	4		Die SGAIM ist überzeugt, dass die Bevölkerung einer solchen Regelung in einem wichtigen Punkt im Rahmen eines Referendums nicht zustimmen wird. Die Regeln der Überweisung und die Ausnahmen müssen im Gesetz klar formuliert werden, wenn diese Überweisungen zwingend notwendig sind, damit eine Kostenübernahme durch eine Versicherung sichergestellt wird.	Ersatzlos streichen
SGAIM	40c	1		Grundsätzlich gilt im KVG die Tarifautonomie zwischen den Parteien. Dabei sieht KVG Art. 43 explizit verschiedene Tarifsysteme (Zeit, Einzelleistung, Pauschalen) vor. Die Einschränkung der Erstberatung auf Pauschalen untergräbt diese Tarifautonomie. Aus Sicht der SGAIM ist der ganze Artikel 40c zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen
SGAIM	40c	3		Nicht nur, dass mit der Vorgabe eines pauschalen Vergütungssystems für die Erstberatung die Tarifautonomie der Tarifpartner untergraben wird, sondern auch die Vergütung soll nun – entgegen dem Willen des Parlamentes, welchen es mit der Einführung der subsidiären Kompetenz zur Tariffestsetzung manifestiert hat – hoheitlich bestimmt werden.	Ersatzlos streichen

SGAIM	40c	4		Durch die Bestimmung der Pauschale durch den Bundesrat und in Verbindung mit der Kompetenz, welche Leistungen mit der Pauschale abgedeckt sind, ergibt sich im Bereich der ärztlichen Grundversorgung durch die Erstberatungsstellen ein «Globalbudget». Dies führt zu einer qualitativ schlechteren Versorgung, birgt die Gefahr von indirekter Rationierung und von Unterversorgung. Würde tatsächlich ein solches Globalbudget für die Erstberatung beschlossen, würde sich für die SGAIM die Frage stellen, wofür es die Krankenversicherungen in diesem Bereich noch braucht.	Ersatzlos streichen
SGAIM	40d			Aus Sicht der SGAIM ist der ganze Artikel 40d zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen
SGAIM	35	2	o	Die SGAIM begrüsst zwar grundsätzlich die interprofessionelle Stossrichtung, die hinter dieser Idee steht. Dafür ist aber keine neue, enge Regulierung der Netzwerke nötig. Interprofessionelle Zusammenarbeit muss anderweitig gefördert werden. Das Erfolgsgeheimnis von Netzwerken besteht ja gerade darin, dass diese innovativ und flexibel, mit einzelnen Versicherungen und nach regionalen Bedürfnissen entstehen und wachsen können. Betonen wollen wir an dieser Stelle, dass auch in Netzwerken immer sichergestellt sein muss, dass sie hausarztzentriert geführt und koordiniert werden, also Haus- und Kinderärzte Entscheide über Behandlungswege mittragen. Zudem müssen die Haus- und Kinderärzte weiterhin freie Wahl haben, ob sie sich einem Netzwerk anschliessen wollen oder nicht.	
SGAIM	36b			Die Definition dessen, was ein Netzwerk ist, fällt im Vorschlag sehr kompliziert und abschreckend aus. Ein Netzwerk, das den skizzierten Voraussetzungen entspricht, existiert heute gar nicht. Die heute betriebenen Netzwerke verdanken ihren Erfolg gerade der Freiheit, sich selber zu konstituieren, abgestimmt auf die regionalen Begebenheiten und frei, mit welchen Partnern oder Versicherern. Dieser Spielraum für Innovation muss zwingend erhalten bleiben, was uns mit Blick auf die vorgeschlagene Definition nicht gegeben scheint. Noch offen lässt der Bundesrat die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Netzwerk als solches zugelassen wird. Das soll auf Verordnungsebene geregelt werden. Diese Bedingungen sind zentral und müssen deshalb vorher bekannt sein. In Anbetracht der Situationen in vielen Praxen ist namentlich die vorgesehene Verpflichtung zum EPD nicht haltbar. Wir haben uns in dieser Sache stets für die doppelte Freiwilligkeit ausgesprochen. Die Verpflichtung kommt einem EPD-Obligatorium gleich, das wir immer abgelehnt	

				haben. Die SGAIM setzt sich über seinen Partner mfe für eHealth ein, die Realität sieht heute in vielen Praxen aber immer noch anders aus, nicht wenige Arbeiten mit Papier. Diese einfach per se von Netzwerken auszuschliessen, ist nicht zielführend, sondern verhindert die Entwicklung von Netzwerken. Zudem sind auch die technischen Grundvoraussetzungen noch immer nicht gegeben, damit ein EPD erfolgreich und flächendeckend eingeführt werden könnte.	
SGAIM	48a			Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den Freiheiten der Vertragspartner, Verträge individuell zwischen Netzwerken und Versicherungen abzuschliessen. Diese Verträge enthalten schon heute Pauschalen zur Entschädigung der Netzwerke für ihre Arbeit. Es ist weder zielführend noch einzusehen, nun den Tarifpartnern anstelle der Vertragspartner die Aushandlung von Abgeltungsmodellen zu überantworten. Das ist gar nicht nötig, behindert Innovation und Flexibilität und damit eigentliche Kernelemente heutiger erfolgreicher Netzwerke.	
SGAIM	25	2	h, i	Die Leistungen, welche im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden, werden heute als Teil der alternativen Versicherungsmodelle (AVM) im Rahmen der bilateralen Vereinbarung über den AVM-Vertrag vergütet. Die ärztlichen Leistungen sind bereits geregelt und die Leistungskoordination im Rahmen von AVM sieht SGAIM nicht als KVG-tarifrelevante Leistung im engeren Sinn und soll daher auch keinem Tarif unterstehen, sondern weiterhin und unverändert Teil der AVM-Produkte bleiben.	
SGAIM	33	3bis		Da der Art. 25 Abs. 2 lit. h und i ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
SGAIM	42	2		Die SGAIM begrüsst diesen Schritt grundsätzlich. Die Massnahme ist mit grosszügig bemessener Übergangsfrist aber so auszugestalten, dass insbesondere ältere Hausärzte und Kinderärztinnen, die nach wie vor einen wesentlichen Teil der Grundversorgung abdecken, nicht benachteiligt werden. Zudem bezweifeln wir die kostendämpfende Wirkung einer solchen Massnahme. Sie müsste, wenn schon bei den Versicherern administrativen Aufwand sparen und dort kostenwirksam werden.	
SGAIM	42a	2, 3		Die SGAIM begrüsst die Möglichkeit, die der Bundesrat damit schaffen will, nämlich die Versichertenkarten auch elektronisch auszustellen. Angezeigt sind dabei Smartphone-kompatible Applikationen. Zu klären sind allerdings die Voraussetzungen für das Lesen der Karten in den	

				Praxen.	
SGAIM	32	3		Der Bundesrat beabsichtigt, sich selber mehr Kompetenzen im Bereich von WZW-Überprüfungen geben zu lassen, namentlich was die Häufigkeit und den Umfang derselben betrifft. Diese Kompetenz lag bisher bei tarifsuisse, ebenso die Festlegung der entsprechenden Methoden. Die SGAIM lehnt die geplante Verschiebung der Kompetenzen ab. Diese gehört wie bisher in die Hände der Tarifpartner, die die Methoden der WZW-Überprüfungen regelmässig überarbeiten und für die Tarifpflege verantwortlich sind. Mit Tardoc haben sie auch verbindliche Massnahmen eingereicht, wie Korrekturen im Tarif vorgenommen werden müssen. Wir sind der Meinung, dass der Bund nicht ohne Not tarifpartnerschaftliche Bestrebungen untergraben und Aufgaben selber übernehmen sollte. In jedem Fall muss sichergestellt sein, dass WZW-Überprüfungen nie ohne die Beteiligten erfolgen dürfen.	
SGAIM	41a			Aus Sicht der SGAIM ist der ganze Vorschlag zum Artikel 41a zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen
SGAIM	41			Die SGAIM begrüsst es, dass «der Referenztarif sich an der Entschädigung einer vergleichbaren Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitals, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt» orientieren muss. Die bisherigen, teils unrealistisch tiefen Referenztarife verhinderten bisher eine freie Spitalwahl der Versicherten und damit den interkantonalen Wettbewerb.	
SGAIM				Die Vernehmlassungsantwort der SGAIM wurde auf der Basis der Vernehmlassungsantworten von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz sowie medswiss.net (MSN) erarbeitet. Link mfe: https://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/hausaerzteschweiz/Dokumente/Stellungnahmen/2020-11-10_mfe_Antwortformular_VL_Kostendaempfung_2_final_d.pdf Link MSN: http://medswiss.net/politik.html	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

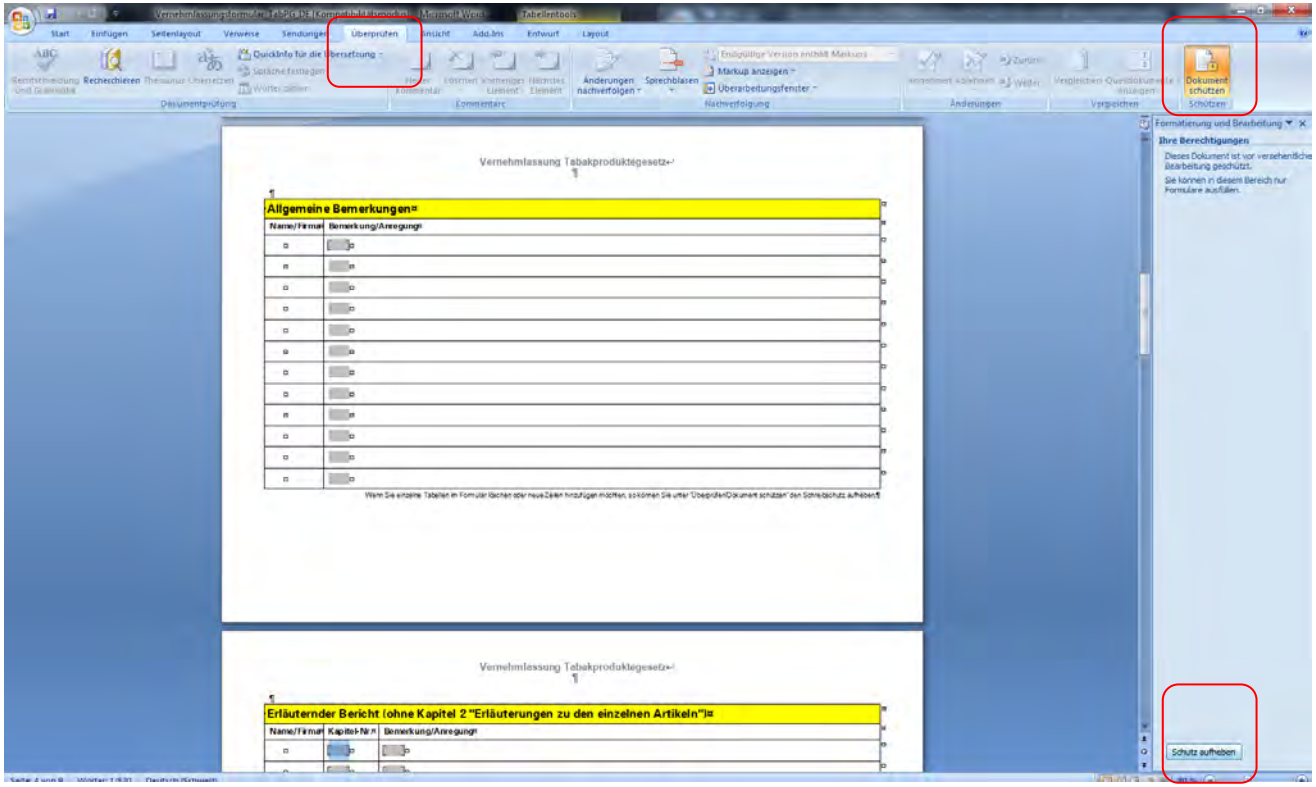
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

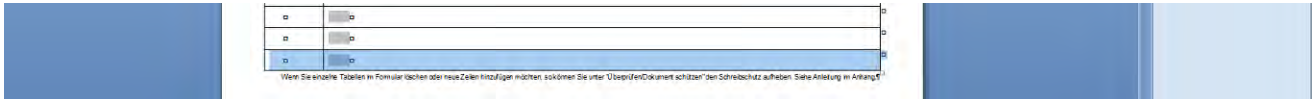
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



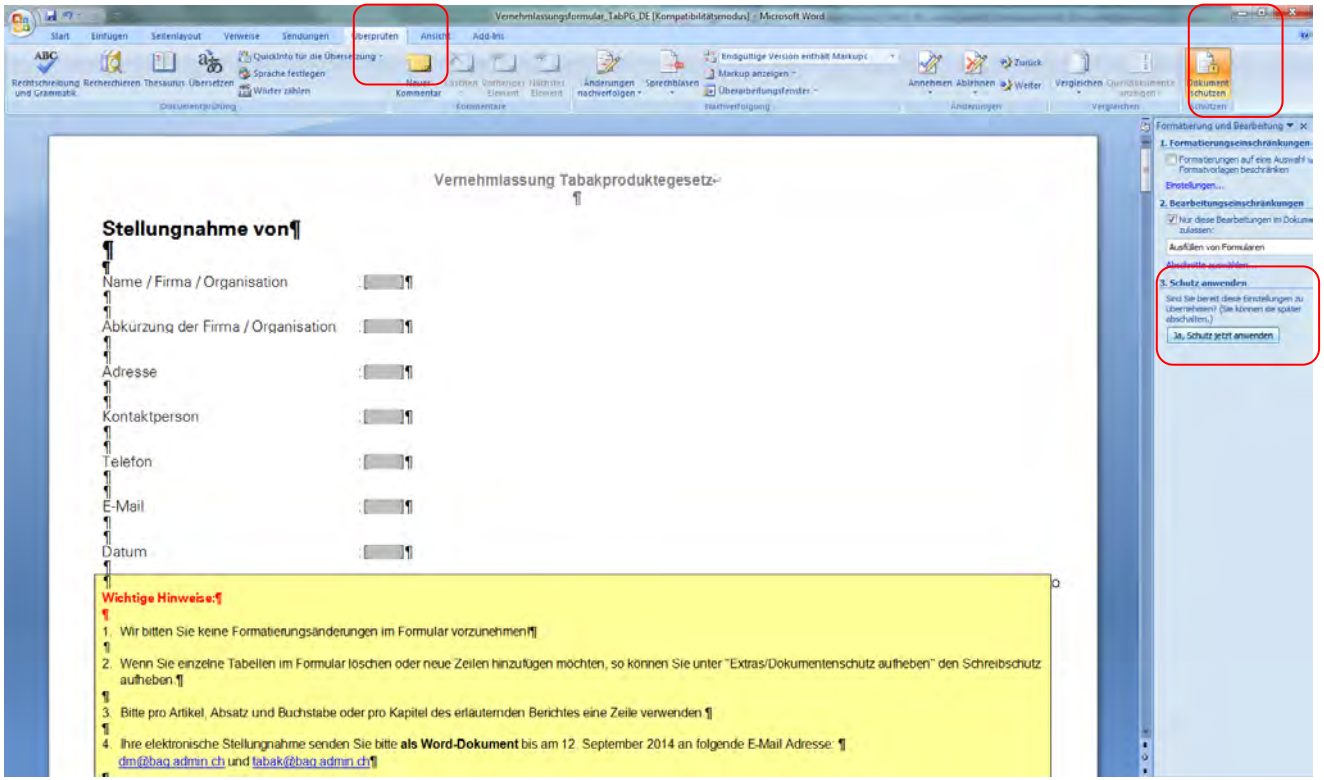
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGAP-SPPA

Adresse : c/o Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Dr. med. Dan Georgescu (Co-Präsident), Prof. Dr. med. Egemen Savaskan (Co-Präsident)

Telefon : 031 313 88 33

E-Mail : dan.georgescu@pdag.ch , egemen.savaskan@pukzh.ch

Datum : 8. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGAP-SPPA	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Allerdings sind die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziel vorgesehenen Massnahmen planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Wir sprechen uns zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und stehen für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
SGAP-SPPA	**Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs** Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche) ab 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall einschränken. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenzen zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und somit keine sachgerechte Triage vorzunehmen können. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Weiterbildung und Fachexpertise.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bei Menschen mit einer psychischen Krankheit, gerade bei komplexen psychotischen und chronifizierten Krankheiten unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zum Arzt. Der vorliegende Entwurf führt zu höheren Hürden für die psychisch erkrankten Menschen und erschwert deren Behandlung durch eine/n Psychiater/Psychiaterin in spezialisierten institutionellen Ambulatorien und in privaten Praxen. - Erstberatungsstellen für ohnehin schon stigmatisierte psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern würden. In der Psychiatrie besteht nachweislich eine starke Unterversorgung (u.a. wegen der Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten/-innen mit schweren und invalidisierenden psychischen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe umgekehrt proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten, daher ist davon auszugehen, dass Erstberatungsstellen eine zusätzliche Hürde für psychisch Kranke sind. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert würden. Längerfristig würde dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung führen. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führen würde, dass möglichst Patienten/-innen, die einen geringen Behandlungsaufwand selektioniert und bevorzugt würden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt würde. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Falls Erstberatungsstellen nicht über eine fachärztliche Kompetenz in der Einschätzung von psychischen Erkrankungen aufweisen würden, würden Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen zunehmen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die behandlungsnotwendigen sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien umgangen bzw. ausgehebelt würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würden die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil das aktuelle (TARMED) und das geplante (TARDOC) ambulante Tarifsystem die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlichen gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und medizinisch-technischer Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen würden und zu einer Segretation zwischen leichteren und komplexeren schweren Krankheitsbildern führen würden. Personen mit schweren, chronischen und invalidisierenden psychischen Erkrankungen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei Nichteinhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife und Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten würden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen würde. Wir schlagen ein Hybridmodell bestehend aus differenzierten Pauschalen und Einzelleistungsabgeltungen vor, welche die Leistungen von multiprofessionellen Teams in Institutsambulatorien kostenwahr und -deckend abbilden. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Dazu kommt, dass der technische Leistungsanteil (TL) in diesen Tarifsystemen nicht für die Aufgaben und Anforderungen in Institutsambulatorien ausgelegt sind, d.h. sie decken die Kosten nicht, was dazu führt, dass die Kantone die Institutionsambulatorien mit (KVG nicht-konformen) Subventionen in Form von GWL unterstützen müssen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SGAP-SPPA	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
SGAP-SPPA	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
				Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, wären grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Diese komplexen Pauschalen kombiniert mit Einzelleistungsabgeltung (Hybridmodell) müssten evidenzbasiert entwickelt und für institutionellen Ambulatorien kostendeckend gestaltet werden. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/ innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				ausgeprägt ist. Insbesondere ist ein Hinderungsgrund die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können. Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und im geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind, schlagen wir ein differenziertes Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen, welche die effektiven Kosten decken.	
SGAP-SPPA	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGDV

Adresse : Dalmazirain 11, 3005 Bern

Kontaktperson : Daniel Hohl

Telefon : 031 311 65 25 / 031 352 22 02

E-Mail : sgdv-ssdv@hin.ch / daniel.hohl@chuv.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGDV	Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 500 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf unsere detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System

	überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die SGDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren, könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die SGDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. Die häufigsten dermatologischen Probleme in der Praxis umfassen chronische entzündliche Hauterkrankungen und die Beurteilung von benignen und malignen Hauttumoren (deren Inzidenz derzeit stark steigt). Die Evaluation dieser Erkrankungen setzen ein besonderes Fachwissen und Fertigkeiten voraus. Es geht dabei darum, falsche Therapien sowie unnötige Untersuchungen zu vermeiden sowie nur indizierte und kosteneffiziente Eingriffe bei einer Mehrzahl der ambulanten Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

	In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuellen Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen.

	Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
SGDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
SGDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
SGDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
SGDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

SGDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGDV kategorisch ab.	
SGDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
SGDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
SGDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
SGDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
SGDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
SGDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

SGDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
SGDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die SGDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
SGDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
SGDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
SGDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
SGDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

@Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin

Abkürzung der Firma / Organisation : SGI-SSMI

Adresse : Münsterberg 1 / 4001 Basel

Kontaktperson : H. Grossmann

Telefon : +41 61 561 53 64

E-Mail : sgi@imk.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 9

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 10

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGI-SSMI	Die Intensivpflege der Schweiz ist in der interprofessionellen Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin organisiert, (Insgesamt 1332 Mitglieder, 435 ordentlich Ärzteschaft und 635 ordentlich Pflege). Wir bedanken uns für die Einladung zur Vernehmlassung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2). Die SGI-SSMI ist u.a. ausserordentliches Mitglied des SBK – als spezialisiertes Fachgebiet der Fachpflege und in Abstimmung mit dem SBK erlauben wir uns für diese Vernehmlassung, den Hauptargumenten des SBK zu folgen. Die Intensivpflege ist direkt abhängig von den Bedingungen, die für die diplomierten. Pflegefachpersonen in der Schweiz bestehen
SGI-SSMI	Es besteht Handlungsbedarf. Der jährliche starke Anstieg der OKP-Ausgaben macht sich für die Bevölkerung in entsprechenden Prämiensteigerungen bemerkbar. Die Kopfprämie, ebenso wie die im OECD-Vergleich sehr hohe direkte Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt, etc.), werden immer weniger durch das soziale Korrektiv die individuelle Prämienverbilligung ausgeglichen. Die Ursache dafür liegt vor allem bei den wiederholten Budgetkürzungen der Kantone.
SGI-SSMI	74% des Gesundheitspersonals arbeiten in der Pflege. Es ist für die Pflege der SGI-SSMI nicht nachvollziehbar, weshalb die Pflege in der 14-köpfigen vom EDI beauftragten Expertengruppe, welche den Bericht zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen erarbeitet hat, nicht vertreten war. Es gibt sie, die wissenschaftlich ausgebildete Pflegefachpersonen mit Kompetenzen in Gesundheitsökonomie oder Public Health. Wir sehen hier eine klare Diskriminierung eines Frauenberufes.
SGI-SSMI	Die Kosten ergeben sich aus der Effizienz des Gesundheitssystems und damit aus seiner Fähigkeit, jede angemessene Versorgung mit der besten Qualität zu den geringsten Kosten zu erbringen. Der Bund sollte vor allem auf den Achsen Qualität und Angemessenheit der Versorgung handeln. Die bestmögliche und vollständige Nutzung der Fähigkeiten der verschiedenen medizinischen und Gesundheitsberufe, der Qualifikations-/Grad-Mix, die Unterstützung der Qualitätsentwicklung, die Garantie, die notwendige Zeit mit einem Patienten zu verbringen, um eine Verschlechterung seines Gesundheits- und Funktionszustandes langfristig wirklich zu vermeiden, sind alles Elemente, bei denen es vorrangig zu handeln gilt. Leider wird in dieser Vorlage die Tatsache ausgeblendet, dass die Investition in genügend und gutes Pflegepersonal, bzw. Gesundheitspersonal zu besseren Patientenergebnissen führt und dadurch zu volkswirtschaftlichen Kosteneinsparungen (siehe beispielhaft die Analyse von BfS Daten durch Prof. Dr. Michael Simon (Pflegewissenschaft) und Prof. Dr. Michael Gerfin (Volkswirtschaft) https://www.sbk.ch/aktuell/news-single?tx_news_pi1%5Bnews%5D=441&cHash=50a2a7f118f8ebb3ba1f319ca5673727) Der Weg in die Zukunft besteht darin, die Kosten zu senken, indem die Qualität der Versorgung und die Gesundheit der Bevölkerung verbessert wird, statt nur über den Finanzierungshahn zu agieren. Die Festlegung von Kostenzielen ohne Berücksichtigung aller oben genannten Elemente

	wird unweigerlich zu einer Rationierung der Versorgung, einer geringeren Qualität der Versorgung und einem weniger effizienten Gesundheitssystem führen. Aus unserer Sicht birgt dieses Projekt in seiner jetzigen Form die Gefahr einer ungünstigen Entwicklung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Sollte dieses Projekt jedoch beibehalten werden, schlagen wir in der Diskussion Artikel für Artikel eine Reihe von Verbesserungen vor.
SGI-SSMI	Das grösste Sparpotential im Gesundheitswesen sieht die Pflege der SGI-SSMI beim Weglassen von medizinisch nicht gerechtfertigten oder unwirksamen Behandlungen oder fehlender Koordination. Das Einführen von Zielvorgaben muss zwingend mit Qualitätsvorgaben, auch im Bereich Personalausstattung kombiniert werden. Die reine Steuerung über die Finanzen birgt die grosse Gefahr, dass man die angestrebte Effizienzsteigerung mittels Druck auf das Gesundheitspersonal erreichen möchte, was angesichts des gravierenden Personalmangels und der heute bereits hohen Berufsaussteigerquote beim Pflegepersonal negative Auswirkungen auf die Versorgung hätte. Die oben erwähnte Analyse von BfS Daten (Simon, 2020) belegt, dass auch in der Schweiz die Reduktion der qualifizierten Pflegestunden pro Patient zu mehr Komplikationen, Todesfällen und letztendlich zusätzlichen Kosten in Milliardenhöhe führt. Die Schweiz ist schon seit langem auf die Migration von Pflegepersonal aus Nachbarländern angewiesen. Weil gerade Deutschland aktuell die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal massiv verbessert, muss damit gerechnet werden, dass der Migrationssaldo noch weiter zurück gehen wird und die Rekrutierung von Pflegefachpersonen aus Deutschland noch problematischer wird (OBSAN, 2020: https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/auslaendische-pflegefachkraefte).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGI-SSMI	21	2		Folgendes sollte präzisiert werden: - Daten können elektronisch übermittelt werden; - Der Bundesrat kann eine einheitliche Form und Art und Weise der Übermittlung dieser Daten vorsehen. Dies wird die erleichterte Verarbeitung und teilautomatisierte Aggregation der Daten der verschiedenen Versicherer erleichtern und damit die Qualität der Aufsicht erhöhen und gleichzeitig die Effizienz der Arbeit der Verwaltung fördern. Mittelfristig wäre damit auch ein teilautomatisierter Austausch im Rahmen der e-Health-Strategie denkbar.	
SGI-SSMI	32	3		HTA: Wir schätzen, dass die Berufsverbände/Fachgesellschaften jeweils angefragt werden, bei der Überprüfung Stellung zu nehmen. Da wo wir kompetent sind nehmen wir jeweils gerne Stellung.	Für uns ist noch unklar, wie die Auswahl der überprüften Prozeduren getroffen wird.
SGI-SSMI	33	3		Allgemeiner Kommentar: Gegenwärtig gibt es in der Eidgenössischen Leistungskommission (ELGK – 18 Mitglieder) keine Vertretung der Pflege und keine Vertretung der Gesundheitsberufe nach GesBG. Die im Rahmen dieser strukturierten Programme erbrachten Dienstleistungen werden jedoch wahrscheinlich hauptsächlich von nicht-ärztlichen Fachpersonen nach GesBG erbracht werden. Damit die ELGK ihren Auftrag weiterhin gut erfüllen kann, braucht es eine entsprechende Anpassung in der Zusammensetzung.	

SGI-SSMI	36b	3	a	Es ist für uns nicht nachvollziehbar, warum Gesundheitsnetzwerke von einem Arzt geleitet werden müssen. Der Arzt oder die Ärztin muss die Verantwortung für die medizinische Leistung übernehmen, so wie z.B. die Ernährungsberaterin es gewohnt ist, die vollumfängliche Verantwortung für ihr Arbeitsgebiet zu übernehmen. Die Leitung eines komplexen Netzwerkes erfordert andere (z.B. betriebswirtschaftliche) Kompetenzen. Es erstaunt sehr, hier einen Vorschlag zu finden, der die ganzen Erkenntnisse der interprofessionellen Zusammenarbeit negiert und ein veraltetes ärztezentriertes Modell vorschlägt.	Die Zulassungsbedingungen sind wie folgt: a. die Anforderungen an den Arzt, der die medizinische Leitung des Netzwerks übernimmt. Sie können auch den Bedarf anderer Angehöriger der Gesundheitsberufe decken, die Führungsfunktionen gegenüber nichtärztlichem Fachpersonal übernehmen;
SGI-SSMI	36b		neu	Der Bundesrat soll Zulassungsvoraussetzungen hinsichtlich Qualitätsvorgaben und -entwicklungen festlegen können, um Paragrafen zu konkretisieren. Zum Beispiel die obligatorische Organisation von Qualitätszirkeln.	h. (neu) Qualitätsindikatoren und Regeln für die Qualitätsentwicklung innerhalb des Netzwerks;
SGI-SSMI	40a			Es muss sichergestellt werden, dass sich die Gesundheitsberatung ausschließlich auf Empfehlungen für gute Praxis und wissenschaftliche Erkenntnisse stützt, um Fehlanreize wie eine Risikoselektion oder durch finanzielle Interessen motivierte Überweisungsentscheide zu vermeiden.	2 Die erste Kontaktstelle nimmt diese Aufgaben auf der Grundlage der besten wissenschaftlichen Kenntnisse und in unabhängiger Weise wahr.
SGI-SSMI	40a	3	a	Es fehlen die Pflegeexpertinnen APN	4. (neu) Pflegeexpertinnen APN-CH
SGI-SSMI	40a	3	b	Pflegeexpertinnen APN-CH fehlen	Neu: Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege dienen, wenn die Ärztinnen und Ärzte, sowie Pflegeexpertinnen APN-CH, die dort tätig sind, die Voraussetzungen nach Buchstabe a erfüllen.

SGI-SSMI	40a	7		Der Bundesrat soll auch die Möglichkeit für das Einholen einer Zweitmeinung regeln.	Neu: c. die Modalitäten für das Einholen einer Zweitmeinung
SGI-SSMI	54	1		Wir sind gegen diese Kostendämpfungsmaßnahme (siehe allgemeiner Kommentar). Wenn dieses Projekt jedoch fortgesetzt werden soll, para. 1 sollte dahingehend geändert werden, dass das Kardinalziel der schweizerischen Gesundheitspolitik nicht nur die Kostendämpfung, sondern vor allem ein qualitativ hochstehendes, zugängliches und effizientes Gesundheitssystem ist. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass der Bund in der Gesundheitsvision 2030 festhält, dass "die Menschen in der Schweiz unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und ihrem sozioökonomischen Status in einer gesundheitsförderlichen Umwelt leben sollen. Sie profitieren von einem modernen, qualitativ hochwertigen und finanziell nachhaltigen Gesundheitssystem." Diese Vision sollte sich in den vorgeschlagenen Änderungen widerspiegeln. Es ist daher zu beachten, dass der Bund eine prozentuale Veränderung der Kosten festlegt, die notwendig ist, um ein qualitativ hochwertiges, allgemein zugängliches und finanziell tragfähiges Gesundheitssystem zu gewährleisten.	1 Der Bundesrat legt fest, wie viel Prozent der Veränderung der Kosten von Leistungen im Sinne dieses Gesetzes für die Aufrechterhaltung von qualitativ hochstehenden, allgemein zugänglichen und finanziell tragbaren Diensten notwendig ist und gegenüber dem Vorjahr nicht überschritten werden darf (Kostenziele):
SGI-SSMI	54	3		Es ist zu beachten, dass der Bundesrat bei der Festlegung der Kostenziele auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren berücksichtigt. In der Tat kann eines der Risiken von Kostenzielen eine Unterinvestition in die Qualität der Kosten sowie in die Zeit sein, die für die Verbesserung von Qualität und Effizienz aufgewendet wird. Dieses Element wird bewertet (Abs. 5), aber es ist	(...) berücksichtigt der Bundesrat insbesondere die folgenden Elemente: (…) d. die Entwicklung der Resultate und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung;

				notwendig, das Ergebnis dieser Bewertung bei der Festlegung der Ziele zu berücksichtigen. Der vorgeschlagene Wortlaut stützt sich auf Art. 58a Abs. 2 des Projekts zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung.	
SGI-SSMI	54	d		Wir lehnen die verbindliche Regelung entschieden ab.	
SGI-SSMI	64	7	b u. c	Wir begrüssen den Verzicht auf die Kostenbeteiligung bei Schwangeren. Es ist für uns aber nicht nachvollziehbar, dass dies erst ab der 13. Schwangerschaftswoche gelten soll.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

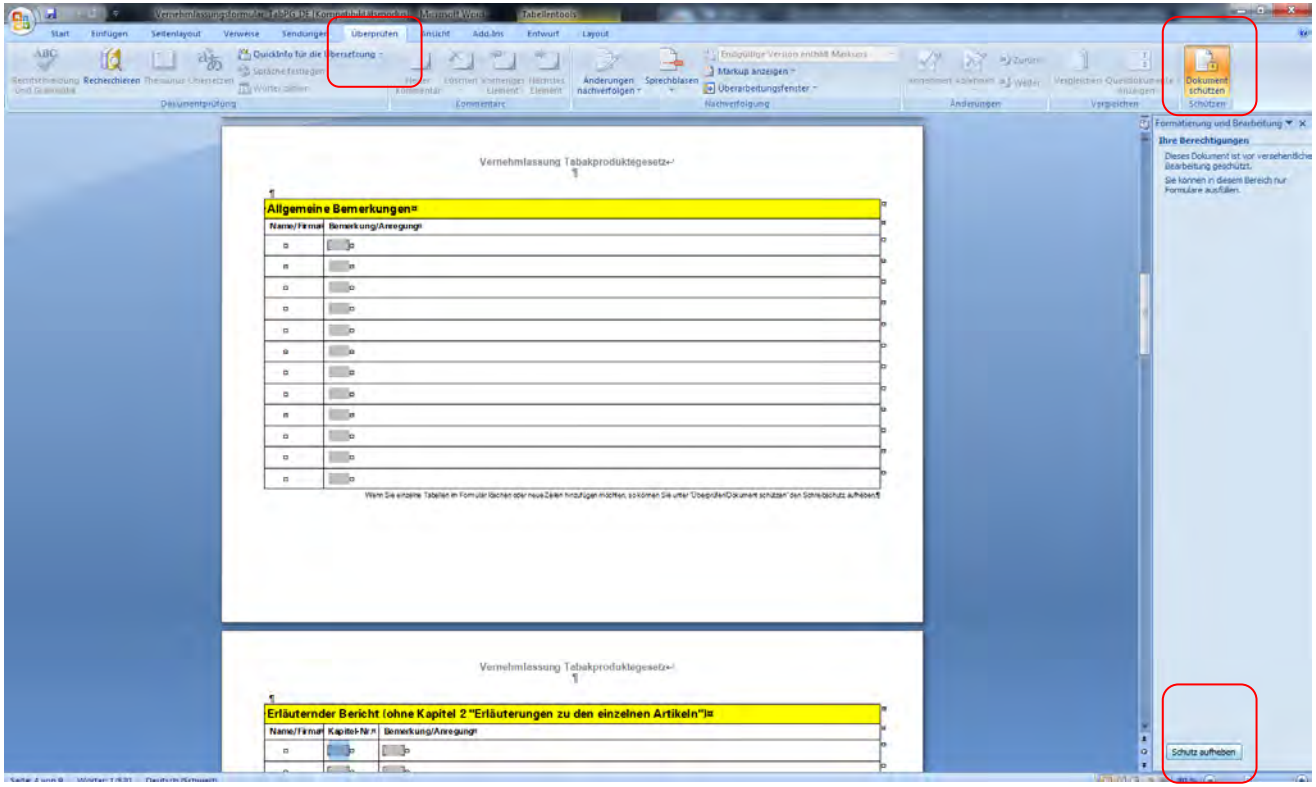
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

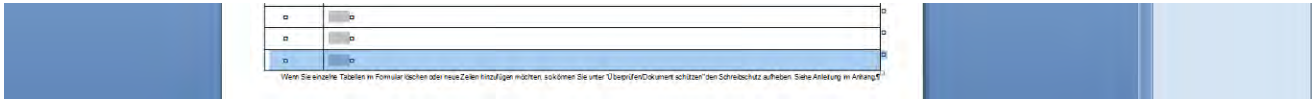
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



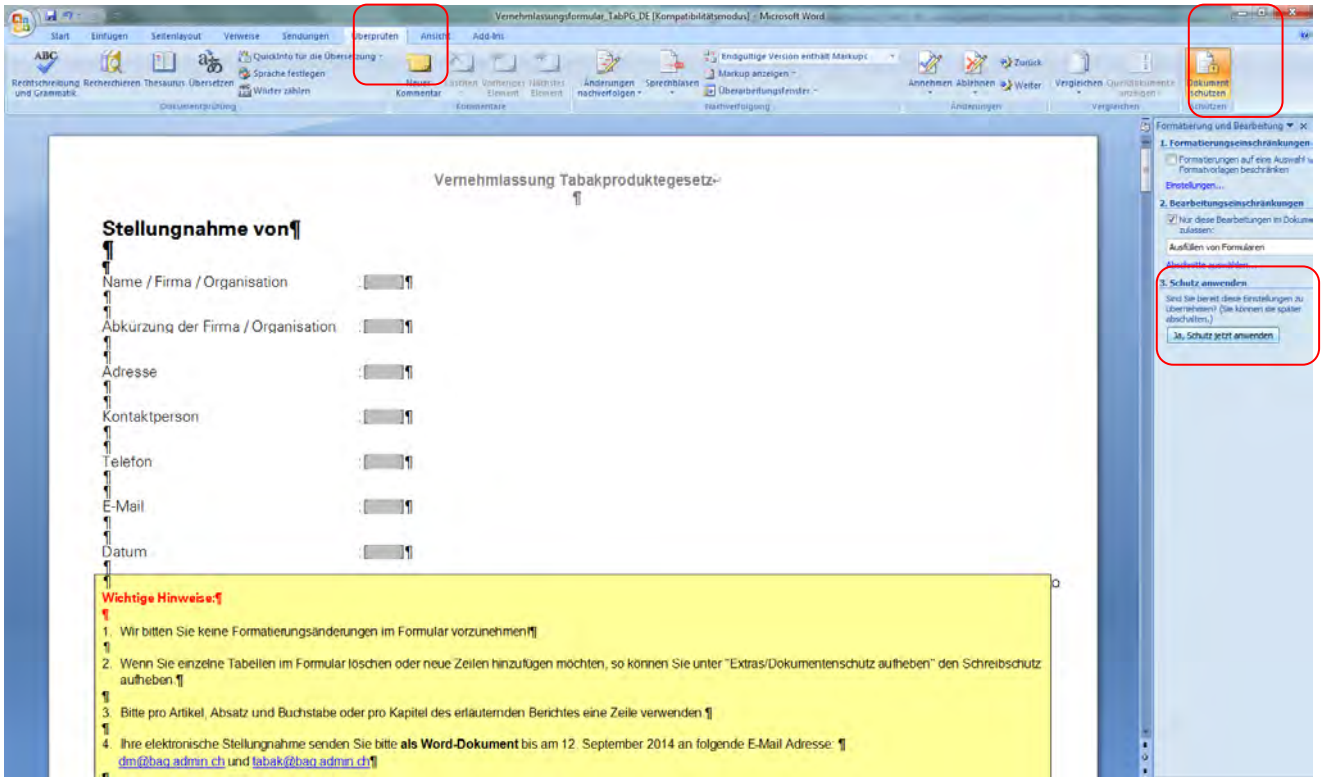
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGKJPP

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Prof. Dr. med. Alain di Gallo, Co-Präsident

Telefon : 031 313 88 34

E-Mail : sgkjpp@psychiatrie.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die SGKJPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Zudem würde sich daraus eine Segregation zwischen leichten und schweren Krankheitsbildern ergeben. In der Psychiatrie würde das bedeuten, dass die komplexen Krankheitsbilder aufgrund fehlender Kostendeckung nur noch ungenügend in den privaten Praxen behandelt werden könnten und in durch Subventionen unterstützte institutionelle ambulante oder stationäre Einrichtungen verschoben würden. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.

	Die SGKJPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der psychiatrischen Praxen und institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21	2		Die SGKJPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die SGKJPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich**	

				geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten <u>in aggregierter Form</u> enthalten müssen.
	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine <u>staatliche Zwangs-Zugangssteuerung</u> zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Fachärztin/Facharzt. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. - für die psychiatrischen Kliniken wird die Umsetzung der integrierten Versorgung erheblich erschwert. Das führt zu längeren Klinikaufenthalten, weil durch die Einführung von Erstberatungsstellen die Zuweisung in poststationäre ambulante Behandlungen erschwert wird.	

				Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
	41a				Analog 40a-d anzupassen.
P	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der SGKJPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation

Abkürzung der Firma / Organisation : SGPMR

Adresse : Sennweidstrasse 46, 6312 Steinhausen

Kontaktperson : Dr. med. Michael Andor

Telefon : 041 748 07 27

E-Mail : michael.andor@hin.ch

Datum : 18.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen Fehler! Textmarke nicht definiert.

Weitere Vorschläge

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 8

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGPMR	Die **Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR)** ist ein eigenständiges medizinisches Fachgebiet. Sie befasst sich mit der Förderung der körperlichen und kognitiven Funktionen, der Aktivität (inklusive Verhalten), der Partizipation (inklusive Lebensqualität) und der Verbesserung von persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren. Sie ist zuständig für die Prävention, die Diagnostik, die Behandlung und Funktionsverbesserung sowie das Rehabilitationsmanagement von ***Menschen jeden Alters mit behindernden Gesundheitsschädigungen und Komorbiditäten, sowohl bei akuten und chronischen Erkrankungen*** als auch bei Unfallfolgen. Die SGPMR erkennt die Prämienlast der Krankenversicherungsprämien, die vor allem in einkommensschwachen Haushalten anfällt. Die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» lehnt sie jedoch wie der Bundesrat als ungeeignete Massnahme ab. Allerdings sieht sie auch das 2. Massnahmenpaket des Bundesrates für das Patientenkollektiv, welches sie betreut und den medizinischen Nachwuchs, der sich um diese Patienten kümmern sollte, sehr kritisch.
SGPMR	Der in der Ausgangslage erwähnte und den weiteren Überlegungen zu Grunde liegende ***Expertenbericht vom 24.8.2017*** wird als Referenz bzw. eigentliche Roadmap für möglicherweise kostensenkende Massnahmen verwendet. Dabei wird zu wenig berücksichtigt, dass es sich hier eben lediglich um Expertenmeinungen und nur beschränkt um gesundheitsoekonomische Fakten oder Studienergebinsse handelt. Der Bericht enthält wichtige und prüfenswerte Punkte wie Massnahmen zur Stärkung der Qualität oder der koordinierten Versorgung, die Punkte des Expertenberichts stellen in unseren Augen aber keine fertigen Lösungsansätze dar, die wie im vorliegenden Falle von Punkt M01, ohne eine weitere differenzierte Diskussion oder zumindest Anpassung zur Anwendung gelangen sollen. Mit dem Blick in das ‘heilbringende Ausland’ gerichtet werden Massnahmen vorgeschlagen, welche in das schweizerische Gesundheitswesen integriert werden sollen. Dabei wird fälschlicherweise angenommen man könne solche Massnahmen isoliert zur Kostensteuerung übernehmen, ohne dass damit das System, die Versorgung und die Anspruchshaltung der Bevölkerung an das Gesundheitssystem verändert werden müssten.
SGPMR	**<u>Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP – M01</u>** Wir wehren uns als Fachgesellschaft (die vor allem auch chronisch kranke Patienten betreut) entschieden gegen Massnahem die der Einführung eines ***Globalbudgets*** entsprechen. Auch wenn im erläuternden Bericht von ‘Zielvorgaben für die Kostenentwicklung’ gesprochen wird findet man im Expertenbericht die ehrlichere Formulierung der *Globalzielvorgabe für das OKP-Kostenwachstum* – also das Globalbudget. Bekanntermassen verursachen ca. 20% der Patienten ca. 80% der Kosten. Dies sind häufig ***chronisch Kranke*** die auf dauerhafte und multidisziplinäre Therapien und Betreuung angewiesen sind. Bereits heute sehen wir in der ambulanten Betreuung grosse Probleme mit

	ungenügenden oder abgelehnten Leistungen für diese Patienten – namentlich in der Physiotherapie oder multidisziplinären ambulanten Behandlungen. Es sind v.a. solche Patienten, die unter der genannten Massnahme leiden werden und einen weiteren whs. noch massiveren Abbau ihrer Betreuungsqualität erleben werden. Die SGPMR würde solche Massnahmen mit allen Mitteln bekämpfen.
SGPMR	Im Hinblick auf die ungleiche Prämienbelastung für einkommensschwache gegenüber einkommensstärkeren Haushalten erachten wir eine differenzierte Strategie zur ***Prämienentlastung bei tieferen Einkommen*** für wesentlich wichtiger, effizienter und mit massiv geringerem administrativem Aufwand verbunden als den vorliegenden Massnahmen.
SGPMR	Für grundsätzlich verfehlt halten wir die Argumentation, der in diesem Kontext gehörten 'Disziplinierung der Leistungserbringer unter sich' durch ein Kostendach. Dafür sind die im KVG festgelegten WZW-Kriterien vorhanden und sollen korrekt angewendet werden.
SGPMR	Initiative und Gegenvorschlag lehnt die SGPRM ab, da sie das Ziel der Kostensenkung wegen massiver administrativer Aufwände verfehlen werden oder aber hohe Kosten ausserhalb der OKP verursachen werden. ***Wir würden dringend empfehlen in erster Linie Massnahmen einzuführen die über eine differenziertere, verbesserte Behandlungskette wirken***, wie z.B. die Qualitätsverbesserung und die Verbesserung der integrierten Versorgung. Demgegenüber sind die rein monetären Massnahmen *ohne Auswirkung auf die medizinische Behandlungsqualität* zurückzustellen.
SGPMR	**<u>Erstberatungsstelle – M27</u>** Den administrativen Aufwand erachten wir als obsolet unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bereits ca. ¾ der Bevölkerung in einem Triagemodell versichert ist. Gerade Menschen mit chronischen Gesundheitseinschränkungen/mehrfachen Behinderungen brauchen häufig längerfristig ein gut funktionierendes Rehabilitationsteam. Dabei spielt der Rehabilitationsmediziner (Facharzt PMR) eine zentrale Rolle. Häufig begleitet er solche Patienten über Jahre. Der Zugang zum Rehabilitationsmediziner muss in solchen Situationen weiterhin direkt möglich sein. Dass jedes Mal vorgängig eine Triagestelle konsultiert werden muss, ist nicht sinnvoll, nicht zielführend und nicht wirtschaftlich, weil das die Kosten steigern würde. Zudem haben die Triagemodelle bisher zu keiner sicheren Kostenersparnis geführt, womit fraglich ist ob mit dem Obligatorium für das verbleibende Viertel der Versicherten irgendeine Ersparnis zu erreichen ist. Sicher führt aber auch diese Massnahme einmal mehr zu mehr Administration und administrativen Kosten.
SGPMR	**<u>Netzwerke zur koordinierten Versorgung – M10</u>** Der Vorschlag wird von der SGPMR durchaus unterstützt – nicht jedoch die Pauschalen, bzw. nur für ausgewählte Behandlungspfade. Pauschalen eignen sich durchaus für ausgewählte Diagnosen oder ambulante Eingriffe, nicht jedoch für ambulant rehabilitative Behandlungen chronisch kranker Patienten, die zudem meist polymorbid sind.

	Auch die Pauschalen gefährden eine medizinisch sinnvolle und notwendige Behandlung durch die monetären Limitierungen. Falls dies politisch gewünscht ist sind solche Leistungskürzungen möglich, müssen dann aber auch so kommuniziert werden. Versteckte Versorgungslimitierungen über Pauschalen müsste die SGPMR zur Wahrung der Interessen der chronisch kranken Patienten mit den ihr zur Verfügung stehenden Mittel bekämpfen.
SGPMR	**Programme der Patientenversorgung – M10** Diese Massnahme wird von uns uneingeschränkt unterstützt, ist sinnvoll und verbessert die Behandlungsqualität und Outcome der Betreuung/Behandlung.
SGPMR	**Differenzierte WZW-Prüfung** Einer *differenzierten* Prüfung mit Berücksichtigung der speziellen Versorgungssituation und Struktur des Leistungserbringers steht die SGPRM offen gegenüber.
SGPMR	**Preismodelle und Rückerstattungen & Ausnahme vom Zugang nach BGÖ** Hier wird die SGPMR aktuell nicht tangiert. Mit der Entwicklung der Biorobotik eröffnen sich aber auch in der Rehabilitation potenziell teure, aber hocheffiziente Therapieformen. Wir begrüssen eine einheitliche und praxistaugliche, aber möglichst transparente Handhabe von progressiven Preismodellen, welche den Patienten zugutekommen.
SGPMR	**Faire Referenztarife für eine schweizweite freie Spitalwahl** Die SGPMR unterstützt die Massnahme auch im Sinne des Qualitätswettbewerbes.
SGPMR	**Elektronische Rechnungsübermittlung** Im Sinne der Digitalisierung unterstützt die SGPMR die Massnahme. Dabei muss aber für die älteren, noch nicht digitalisierten ambulanten Praxen eine Übergangsfrist gelten Der Abrechnungsmodus des ‘tiers garant’ muss möglich blieben.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

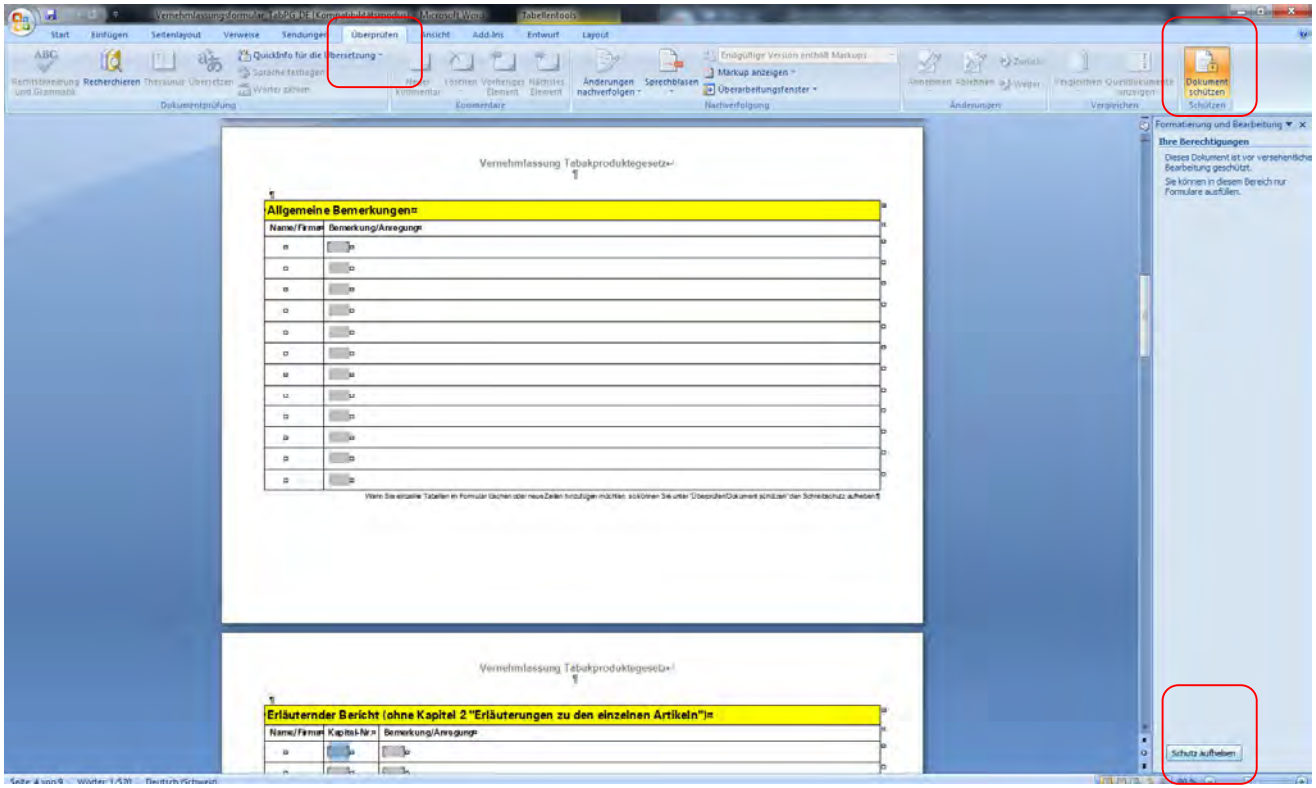
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

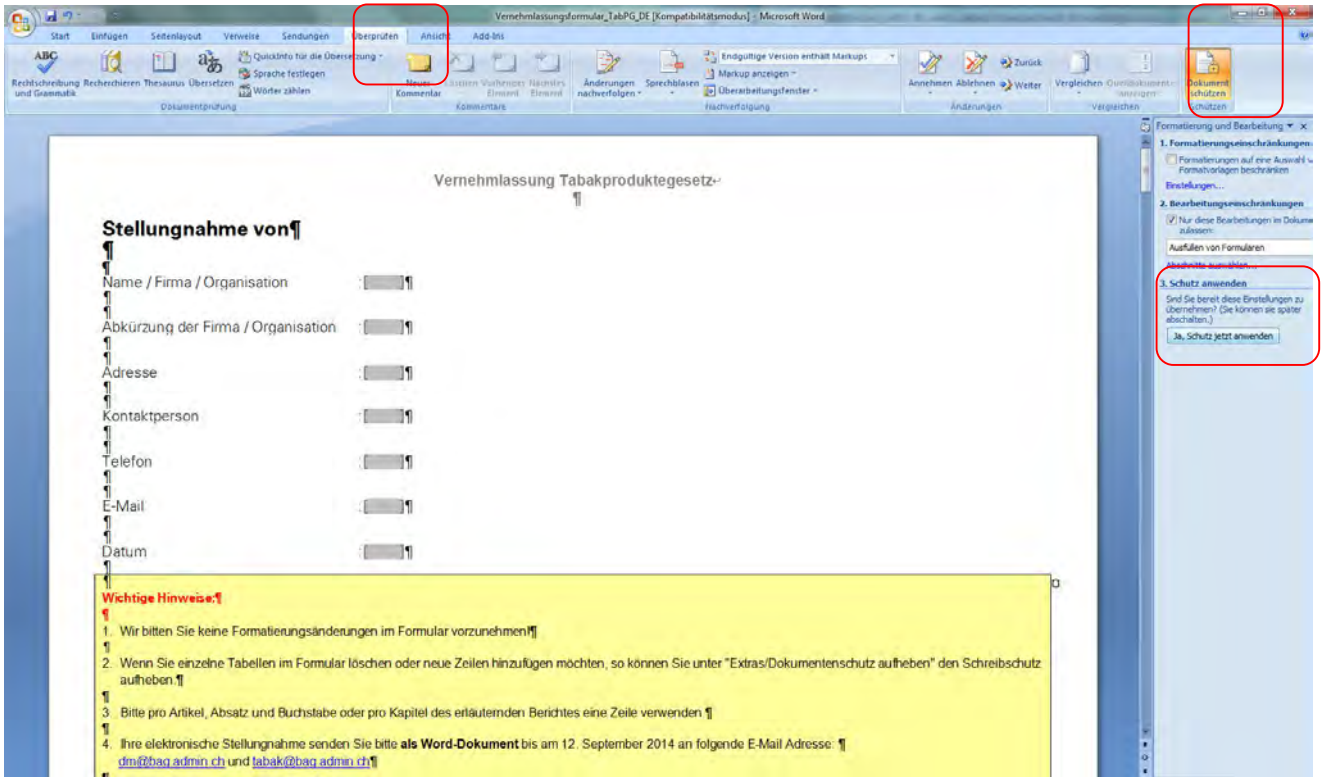


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen

3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
Abkürzung der Firma / Organisation	: SGPP
Adresse	: Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8
Kontaktperson	: Dr. med. Fulvia Rota, Präsidentin
Telefon	: 031 313 88 33
E-Mail	: praesidium@psychiatrie.ch
Datum	: 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die SGPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Zudem würde sich daraus eine Segregation zwischen leichten und schweren Krankheitsbildern ergeben. In der Psychiatrie würde das bedeuten, dass die komplexen Krankheitsbilder aufgrund fehlender Kostendeckung nur noch ungenügend in den privaten Praxen behandelt werden könnten und in durch Subventionen unterstützte institutionelle ambulante oder stationäre Einrichtungen verschoben würden. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.

	Die SGPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der psychiatrischen Praxen und institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21	2		Die SGPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die SGPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich**	

				geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten <u>in aggregierter Form</u> enthalten müssen.
	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine <u>staatliche Zwangs-Zugangssteuerung</u> zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Fachärztin/Facharzt. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. - für die psychiatrischen Kliniken wird die Umsetzung der integrierten Versorgung erheblich erschwert. Das führt zu längeren Klinikaufenthalten, weil durch die Einführung von Erstberatungsstellen die Zuweisung in poststationäre ambulante Behandlungen erschwert wird.	

				Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
	41a				Analog 40a-d anzupassen.
P	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der SGPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGR

Adresse : Josefstrasse 92, 8005 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Michael Andor

Telefon : 041 748 07 27

E-Mail : michael.andor@hin.ch

Datum : 18.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____

Weitere Vorschläge_____

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:_____ **10**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SGR	Die **Rheumatologie** ist ein eigenständiges medizinisches Fachgebiet. Sie befasst sich mit der Abklärung und Behandlung von entzündlichen und degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, systemischen autoimmunen und autoinflammatorischen Krankheiten, sowie Schmerzerkrankungen. Damit ist die Rheumatologie v.a. für die Betreuung von chronisch kranken Patienten zuständig, die auf eine kontinuierliche medizinische Betreuung angewiesen sind und die bereits heute in ihrer medizinischen Versorgung immer wieder unter administrativen Hürden und Vorgaben leiden. Die SGR begrüsst Massnahmen, die zur Senkung der Prämienlast einkommensschwacher Haushalte führt, lehnt aber im Speziellen die Zielvorgaben für die Kostenentwicklung in der OKP kategorisch ab.
SGR	Der in der Ausgangslage erwähnte und den weiteren Überlegungen zu Grunde liegende ***Expertenbericht vom 24.8.2017*** wird als Referenz bzw. eigentliche Roadmap für möglicherweise kostensenkende Massnahmen verwendet. Dabei wird zu wenig berücksichtigt, dass es sich hier eben lediglich um Expertenmeinungen und nur beschränkt um gesundheitsoekonomische Fakten oder Studienergebnisse handelt. Der Bericht enthält wichtige und prüfenswerte Punkte wie Massnahmen zur Stärkung der Qualität oder der koordinierten Versorgung. Die Schlüsse des Expertenberichts stellen in unseren Augen aber keine fertigen Lösungsansätze dar. Sie sollten nicht, wie im vorliegenden Falle von Punkt M01, ohne eine differenzierte Diskussion und Anpassung zur Anwendung gelangen. In jedem Falle muss gewährleistet sein, dass eine vorgeschlagene Massnahme für die Schweiz auch als ungeeignet identifiziert werden kann. Mit dem Blick in das Ausland gerichtet, werden Massnahmen vorgeschlagen, welche in das schweizerische Gesundheitswesen integriert werden sollen. Dabei wird fälschlicherweise angenommen, man könne solche Massnahmen isoliert zur Kostensteuerung übernehmen, ohne dass damit das System, die Versorgung und die Anspruchshaltung der Bevölkerung an das Gesundheitssystem verändert werden müssten.
SGR	**Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP – M01** Wir wehren uns als Fachgesellschaft (die viele chronisch kranke Patienten betreut) entschieden gegen Massnahmen, die der Einführung eines ***Globalbudgets*** entsprechen. Auch wenn im erläuternden Bericht von 'Zielvorgaben für die Kostenentwicklung' gesprochen wird, findet man im Expertenbericht die ehrlichere Formulierung der *Globalzielvorgabe für das OKP-Kostenwachstum* – also ein Globalbudget. Die SGR wird solche Massnahmen mit allen Mitteln bekämpfen.
SGR	Im Hinblick auf die ungleiche relative Prämienbelastung für einkommensschwache gegenüber einkommensstärkeren Haushalten erachten wir eine differenzierte Strategie zur ***Prämienentlastung bei tieferen Einkommen*** für wesentlich wichtiger, effizienter und mit massiv geringerem

	administrativem Aufwand verbunden als die vorliegenden Massnahmen.
SGR	Die Kostenbremse-Initiative und den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates lehnt die SGR ab, da sie das Ziel der Kostensenkung wegen massiver administrativer Aufwände verfehlen oder aber hohe Kosten ausserhalb der OKP verursachen werden. ***Wir empfehlen dringend in erster Linie Massnahmen einzuführen, die über eine differenziertere, verbesserte Behandlungskette wirken***, wie z.B. die Qualitätsverbesserung und die Verbesserung der integrierten Versorgung. Demgegenüber sind die rein monetären Massnahmen *ohne Auswirkung auf die medizinische Behandlungsqualität* zurückzustellen.
SGR	**Erstberatungsstelle – M27** Den administrativen Aufwand für das Einrichten und Betreiben der Erstberatungsstellen erachten wir als obsolet, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bereits ca. ¾ der Bevölkerung in einem Triagemodell innerhalb der bestehenden Strukturen versichert sind. Gerade Menschen mit rheumatologischen Problemen brauchen häufig längerfristig ein gut funktionierendes Ärzteteam. Dabei spielt der Rheumatologe eine zentrale Rolle, da er den Patienten langjährig betreut und in Schubsituationen meist die erste Anlaufstelle ist. Der Zugang zum Rheumatologen, der hier die Funktion des Grundversorgers übernimmt, muss für Patienten mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates und autoimmun/entzündlichen Krankheiten weiterhin direkt möglich sein. Dass jedes Mal vorgängig eine Triagestelle konsultiert werden muss, ist weder sinnvoll, noch zielführend und nicht wirtschaftlich. Dies, weil dies die Kosten völlig unnötig steigern würde und eine Behandlung, die irreversible Schäden verhindert, verzögert werden könnte. Zudem haben die einfachen Triagemodelle (ohne integrierte Versorgung) bisher zu keiner sicheren Kostenersparnis geführt, womit fraglich ist, ob mit dem Obligatorium für das verbleibende Viertel der Versicherten irgendeine Ersparnis zu erreichen ist. Dies insbesondere, da auch die Patienten mit freier Arztwahl in aller Regel zuerst ihren Hausarzt aufsuchen. Sicher führt aber auch diese Massnahme einmal mehr zu mehr Administration, zunehmender Komplexität des Systems und hohen administrativen Kosten, die nicht der Behandlungsqualität zugutekommen.
SGR	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung – M10** Der Vorschlag wird von der SGR durchaus unterstützt – *nicht jedoch die Pauschalen, bzw. höchstens für ausgewählte Behandlungspfade*. Pauschalen eignen sich für ausgewählte Diagnosen oder ambulante Eingriffe, *nicht jedoch für die Behandlung chronisch kranker Patienten*, die zudem meist auch polymorbid sind. Hier würde eine Fragmentierung der Behandlung drohen, was der integrierten und situativ-problemorientierten Behandlung im ambulanten Rahmen massiv entgegenwirken würde. Die Pauschalen gefährden eine medizinisch sinnvolle und notwendige Behandlung durch eine monetäre Limitierung. Falls dies politisch gewünscht ist, sind solche Leistungskürzungen möglich, müssen dann aber der Bevölkerung auch so kommuniziert werden. Diese ist laut Umfragen aber kaum zu Qualitätseinbussen bereit. Versteckte Versorgungslimitierungen über Pauschalen müsste die SGR zur Wahrung der Interessen der chronisch kranken Patienten mit den ihr zur

	Verfügung stehenden Mittel bekämpfen.
SGR	**Programme der Patientenversorgung – M10** Diese Massnahme wird von uns uneingeschränkt unterstützt, ist sinnvoll und verbessert die Behandlungsqualität und den Outcome der Betreuung/Behandlung.
SGR	**Differenzierte WZW-Prüfung** Einer *differenzierten* Prüfung mit Berücksichtigung der speziellen Versorgungssituation und Struktur des Leistungserbringers steht die SGR offen gegenüber. Dabei darf die *Rückwirkungsklausel* aber nicht missbraucht werden – Unregelmässigkeiten, die von Versicherern detektiert werden, müssen unverzüglich dem Leistungserbringer kommuniziert werden. Hier muss bei einer Verzögerung mit langjähriger Rückforderung transparent und nachvollziehbar dargelegt werden können, weshalb eine zeitgerechte Detektion und Meldung nicht möglich war.
SGR	**Preismodelle und Rückerstattungen & Ausnahme vom Zugang nach BGÖ** Wir begrüssen eine einheitliche und praxistaugliche, aber möglichst transparente Handhabe von progressiven Preismodellen, welche den Patienten zugutekommen.
SGR	**Faire Referenztarife für eine schweizweite freie Spitalwahl** Die SGR unterstützt die Massnahme auch im Sinne des Qualitätswettbewerbes.
SGR	**Elektronische Rechnungsübermittlung** Im Sinne der Digitalisierung unterstützt die SGR die Massnahme. Dabei muss aber für die älteren, noch nicht digitalisierten ambulanten Praxen eine genügend lange Übergangsfrist gelten. Der Abrechnungsmodus des ‘tiers garant’ muss möglich blieben. Die Transparenz über den Datenfluss muss zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SGR	21			Streichung aus Datenschutzgründen: *Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind*	
SGR	32	3		Die WZW-Kriterien sollen, wie der Name sagt, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit definieren und somit den Patienten eine qualitativ hochstehende Behandlung zu einem korrekten Preis sichern. Die WZW-Kriterien dürfen nicht als Kostensteuerungsinstrument missbraucht werden.	
SGR	36b	3		Der Zwang des Datenaustausches über das EPD ist klar abzulehnen. Das EPD ist als Datenplattform, aber eindeutig *nicht* als Kommunikationsplattform konzipiert. Dies würde zu einem bereits heute zu einem massiven Effizienzverlust führen, da für die Kommunikation deutlich leistungsfähigere Systeme zur Verfügung stehen. Die Wahl des Kommunikationskanales muss frei bleiben und der Wettbewerb muss hier spielen können. Bereits heute sind bei den Stammgemeinschaften B2B-Dienste und nicht das EPD für die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern vorgesehen (z.B. Health-Link).	
SGR	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist von zentraler Bedeutung. Die Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die SGR kategorisch ab. Die Patienten werden entmündigt, da sie in den meisten Fällen ihren Gesundheitszustand bzw. die Notwendigkeit einer medizinischen Beratung/Untersuchung im Grundsatz richtig einschätzen. Die korrekte primäre Anlaufstelle bleibt der Hausarzt. Anlaufstellen werden v.a. Kosten generieren und somit Geld verschwenden. Für viele Patienten wird die Erstanlaufstelle ein sinnloser Zwischenschritt darstellen.	
SGR	40c	1/2		Solche Pauschalen sind abzulehnen und wiederspiegeln den administrativen Leerlauf der Erstanlaufstellen. Ein medizinisches Problem soll nach TARMED/TARDOC abgerechnet	

				werden. Es droht mit den angedachten Pauschalen auch hier eine Patientenselektionierung nach Risiken.	
SGR	48a			Pauschalen dürfen nicht flächendeckend angewandt werden, sondern eignen sich nur für gewisse therapeutische oder diagnostische Verfahren. V.a. in der Betreuung chronisch kranker und polymorbider Patienten können die Bedürfnisse der Patienten in ihrer Vielfalt nur mangelhaft abgebildet werden. In der Rheumatologie denken wir im speziellen an die Patienten mit autoimmunen Multiorganerkrankungen. Die interdisziplinäre Betreuung mit viel kognitiver und administrativer Koordinationsarbeit ist bereits heute tarifarisch ungenügend abgebildet. Es ist zu befürchten, dass bei dieser auch sehr heterogenen Patientengruppe Pauschalen die Ressourcen weiter limitieren und grundsätzlich indizierte Untersuchungen nicht mehr kostendeckend oder in der notwendigen Häufigkeit durchgeführt werden können. Es besteht die Gefahr, dass sich die Behandlungslandschaft dahingehend verändert, dass sich unpersönliche Grossnetzwerke bilden, die Risikooptimierung betreiben können, während kleinere lokale Systeme ihre 'Risiken' kaum wählen können, für die lokale Versorgung aber entscheidend sind.	
SGR	54			Die Definition von Kostenzielen lehnen wir klar ab, da dieser planwirtschaftliche Ansatz unweigerlich zu Qualitätseinbussen führen wird und völlig unklar ist, wie die Planzahlen definiert werden sollen. Als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument scheinen uns Budgetdefinitionen gänzlich ungeeignet. Ausserdem ist bei der Festlegung der Kostenziele namentlich auch die Steuerung gesundheitspolitischer Absichten und Prioritäten vorgesehen: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen und ist klar abzulehnen.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

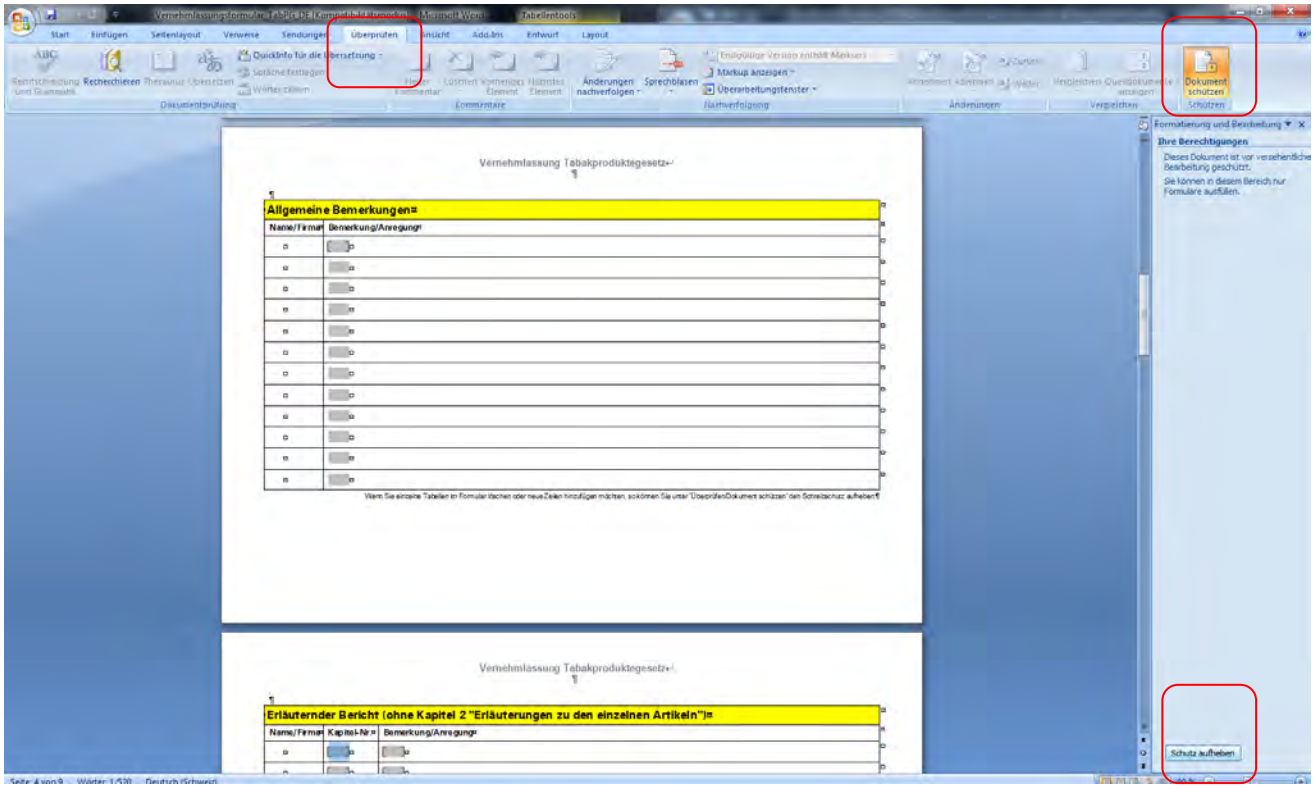
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

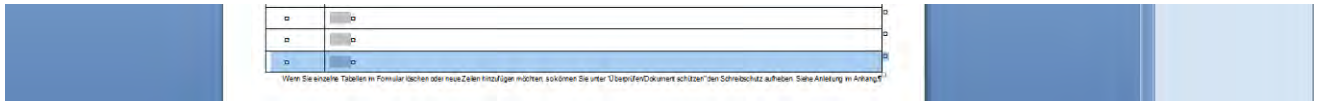
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



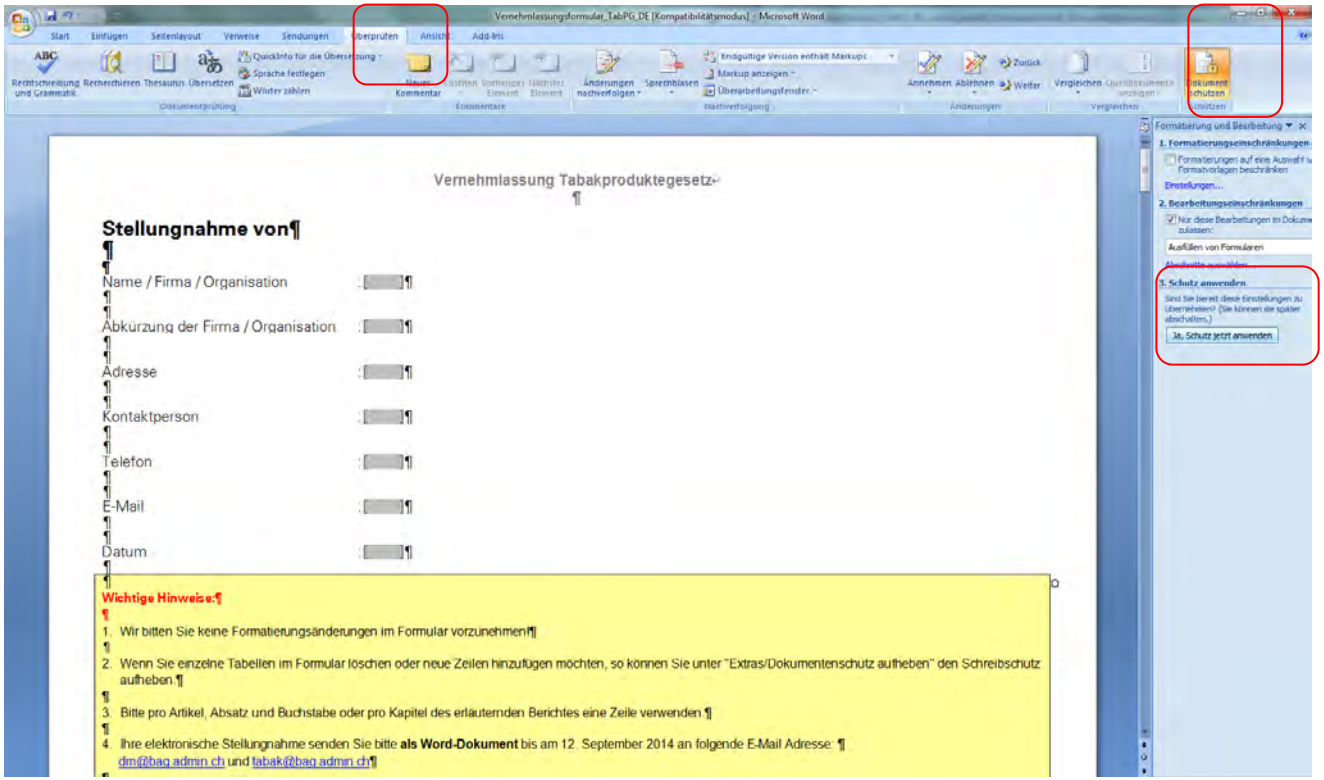
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : skinworld AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Schanzenstrasse 1

Kontaktperson : Dr. med. J.P. Görög

Telefon : 031 381 50 11

E-Mail : jpgorog@gmx.net

Datum : 02.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 7

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
skinworld AG	Die skinworld AG ist eine der führenden von Ärzten geführten hautärztlichen Praxen der Schweiz und vertritt, die 8 bei ihr tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie das medizinische Praxispersonal bestehend aus über 10 Fachkräften und Lernenden. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen dieser im Kanton Bern aufgrund der Grösse und behandelten Patientenvolumen versorgungskritischen Praxis, vor allem aber für die von ihr behandelten Patientinnen und Patienten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als niederschwellig für Patientinnen und Patienten und zuweisende Ärztinnen und Ärzte erreichbare Institution - gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagiert - tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner setzen wir uns in der Ausbildung von ärztlichem Nachwuchs in unserer Praxis ein, führen praxisintern regelnmässig Weiterbildungen durch und stehen auch den Hausärztinnen und Hausärzten in der Region für Weiterbildungsveranstaltungen zur Verfügung, dies mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu verbessern und indirekt (überflüssigen) Behandlungenkosten einzusparen. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen

anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die skinworld AG lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
  Die skinworld AG erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.
  In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
skinworld AG	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»*~~: Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
skinworld AG	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
skinworld AG	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
skinworld AG	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»*~~: Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
skinworld AG	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
skinworld AG	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die skinworld AG kategorisch ab.	

skinworld AG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
skinworld AG	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
skinworld AG	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
skinworld AG	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
skinworld AG	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
skinworld AG	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
skinworld AG	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	

skinworld AG	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die skinworld AG lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
skinworld AG	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
skinworld AG	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	

skinworld AG	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
skinworld AG	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Swiss Mental Health Care SMHC
Abkürzung der Firma / Organisation	SMHC
Adresse	c/o Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8
Kontaktperson	Dr. Hanspeter Conrad (Präsident), Prof. Dr. Erich Seifritz (Vizepräsident)
Telefon	031 313 88 49
E-Mail	christoph.gitz@swissmentalhealthcare.ch
Datum	10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SMHC	Wir unterstützen grundsätzlich das Ziel, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Allerdings sind die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziel vorgesehenen Massnahmen planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Wir sprechen uns zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und stehen für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
SMHC	**Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs** Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall einschränken. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 40a vorgesehen, nicht über die fachlichen psychiatrischen Kompetenzen zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und somit keine sachgerechte Triage vornehmen können. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Weiterbildung und Fachexpertise.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bei Menschen mit einer psychischen Krankheit, gerade bei komplexen psychotischen und chronifizierten Krankheiten unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zum Arzt. Der vorliegende Entwurf führt zu höheren Hürden für die psychisch erkrankten Menschen und erschwert deren Behandlung durch eine Psychiaterin / einen Psychiater in spezialisierten institutionellen Ambulatorien und in privaten Praxen. - Erstberatungsstellen für ohnehin schon stigmatisierte psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern würden. In der Psychiatrie besteht nachweislich eine starke Unterversorgung (u.a. wegen der Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patientinnen und Patienten mit schweren und invalidisierenden psychischen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe umgekehrt proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten, daher ist davon auszugehen, dass Erstberatungsstellen eine zusätzliche Hürde für psychisch Kranke darstellen würden. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert würden. Längerfristig würde dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung führen. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führen würde, dass möglichst Patientinnen und Patienten, die einen geringen Behandlungsaufwand erfordern, selektioniert und bevorzugt würden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt würde. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Falls Erstberatungsstellen nicht über eine fachärztliche Kompetenz in der Einschätzung von psychischen Erkrankungen aufweisen, würden Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen zunehmen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die behandlungsnotwendigen sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien umgangen bzw. ausgehebelt würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch die Entschädigung der Erstberatungsstelle über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, Zuweisungen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würden die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil das aktuelle (TARMED) und das geplante (TARDOC) ambulante Tarifsystem die steigende Komplexität von psychischen Erkrankungen und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlichen gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch der tatsächliche Behandlungsbedarf sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und medizinisch-technischer Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen würden und zu einer Segregation zwischen leichteren und komplexeren schweren Krankheitsbildern führen würden. Personen mit schweren, chronischen und invalidisierenden psychischen Erkrankungen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionellen Ambulatorien führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führt, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei Nichteinhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife und Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten würden oder aber eine Mengenausweitung erfolgen würde. Wir schlagen ein Hybridmodell bestehend aus differenzierten Pauschalen und Einzelleistungsabgeltungen vor, welche die Leistungen von multiprofessionellen Teams in Institutsambulatorien kostenwahr und -deckend abbilden. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Dazu kommt, dass der technische Leistungsanteil (TL) in diesen Tarifsystemen nicht für die Aufgaben und Anforderungen in Institutsambulatorien ausgelegt sind, d.h. sie decken die Kosten nicht, was dazu führt, dass die Kantone die Institutionsambulatorien mit (KVG nicht-konformen) Subventionen in Form von GWL unterstützen müssen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SMHC	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
SMHC	48a	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind, schlagen wir ein differenziertes Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen, welche die effektiven Kosten decken. Bei der Einrichtung und Bemessung der Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/ innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				ausgeprägt ist. Insbesondere ist ein Hinderungsgrund die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können. Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und im geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet.	
SMHC	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

SWISS MEDICAL NETWORK

Département fédéral de l'intérieur
Office fédéral de la santé publique
Unité Assurance-maladie
Division Tarifs et bases
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Par email :
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Réponse à la consultation : modification de la LAMal, mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2ème volet

Genolier, le 19 novembre 2020
NC

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Swiss Medical Network est l'un des deux groupes privés d'hôpitaux et de cliniques de Suisse. Il dispose d'une infrastructure médicale à la pointe de la technologie et offre aux patients des soins de premier ordre, tant ambulatoires que stationnaires, dans toutes les spécialités. Près de 2'000 médecins et 3'000 collaborateurs exercent leur activité dans les 21 établissements et autant de centres ambulatoires que compte le groupe, présent dans 13 cantons et dans les trois régions linguistiques du pays. Les établissements disposent, au total, d'un millier de lits et plus de 51'000 interventions chirurgicales y sont pratiquées chaque année. Les cliniques des cantons d'Argovie, Bâle, Berne, Fribourg, Neuchâtel, Schaffhouse, St-Gall, Soleure, du Tessin et du Valais figurent sur les listes hospitalières et assurent un mandat de service public.

En tant que prestataire de soins présent dans de nombreux cantons et actif dans les secteurs stationnaires et ambulatoires, il nous apparait opportun de prendre position dans cette consultation car la création des réseaux de soins intégrés alternatifs est l'un des objectifs stratégiques prioritaires de développement du Swiss Medical Network. Nous concentrons dès lors notre prise de position sur la mesure liée au « renforcement des soins coordonnés ».

a) APPRECIATIONS GENERALES

- Le paquet de mesures proposé intègre principalement des actions de l'Etat, soit par le biais de la confédération, soit pas celui des cantons. Cette approche ne tient pas compte de la volonté du législateur d'instituer dans le domaine de la LAMal une concurrence incitative de meilleures prestations de soins en faveur des des patients, plutôt que des obligations imposés dans une approche « top-down ».
- Le choix des mesures incluses dans ce 2ème paquet est à la fois incomplet et inopportun. Les conflits d'intérêt des cantons dans leur gestion hospitalière sont en partie mis en exergue par la **mesure n°36 du groupe d'experts, celle de « réduire le conflit de gouvernance des cantons »,** qui devrait être mise en œuvre parallèlement. Le subventionnement important de certains cantons en faveur des hôpitaux dont ils sont propriétaires, fausse le jeu de leur régulation et ne met pas tous les prestataires sur un pied d'égalité. Les tarifs élevés, les subventionnements

Swiss Medical Network
Secrétariat général
Route du Muids 3
CH-1272 Genolier

T +41 22 366 99 85
secretariatgeneral@swissmedical.net

www.swissmedical.net

SWISS MEDICAL NETWORK

Genolier, le 19 novembre 2020

indirects et les prestations d'intérêt général[1] compensent le manque d'efficience auquel les autres prestataires doivent s'astreindre.

- Les mesures retenues pour les **objectifs de maîtrise des coûts dans l'AOS** et leurs mesures correctives ne sont rien d'autre que l'instauration d'un **budget global**, même si l'autorité prend bien soin de ne jamais utiliser cette dénomination. Une telle approche est contraire à l'intérêt des patients, car un budget limitatif oblige de toute façon à un moment ou à un autre, à stopper les prestations, ce qui entraîne un rationnement. Un système de santé basé sur la solidarité ne peut fonctionner sur une approche « premier arrivé, premier servi ». Les prestations doivent être évaluées de cas en cas sur la base des critères d'économicité, d'adéquation, d'efficacité (EAE) et de qualité. Un budget global établit un volume en amont des prestations médicales, sans tenir compte de ces éléments. Même si les critères EAE restent applicables, il n'y a plus d'incitatifs à les contrôler, car le budget donne la garantie que le volume établi à l'avance ne sera pas dépassé.
- Le Projet propose que les soins coordonnés constituent un prestataire de soins à part entière, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ces organisations intègrent le plus souvent des prestataires de soins de plusieurs cantons (hôpital universitaire, établissement spécialisé, institution de réadaptation ou de psychiatrie, etc.). Dès lors, l'approche d'un fixation de budgets par canton est de toute façon erronée. Ceci illustre l'absence d'une analyse approfondie et transversale du Projet de loi et les contradictions d'un paquet de mesures incomplet.
- L'instauration d'un système de « gatekeeper » obligatoire (**premier point de contact**) va à l'enconre de l'attente de la population suisse, qui ne veut pas de telles solutions « top-down », comme l'a montré le résultat de la votation sur les réseaux de soins du 17 juin 2012 (voir ci-dessous).

b) ANALYSE SPECIFIQUE RELATIVE AUX SOINS INTEGRES

Le développement des soins intégrés est un objectif prioritaire du Swiss Medical Network[2]. Ce modèle d'organisation permet d'empêcher les mauvais incitatifs encourageant la multiplication des prestations. Il stimule le suivi de l'assuré et sa prise en charge précoce afin de l'inciter à se maintenir en bonne santé. Il est étonnant que le projet ne mentionne jamais la dénomination « soins intégrés », couramment utilisée autant au niveau national et international, pour se limiter à la dénomination de « soins coordonnés ».

Nous faisons bon accueil au principe de renforcement des soins coordonnés soutenu dans ce paquet de mesures. Cela dit, nous sommes d'avis qu'une approche incitative pour les partenaires prestataires de soins, les financeurs et surtout pour les assurés, aura plus de chances de succès qu'une méthode « top-down » telle que soutenue par le projet. Lors de la votation sur les réseaux de soins du 17 juin 2012, la population suisse ne s'est pas montrée favorable à une solution uniforme. L'approche concurrentielle actuelle de la LAMal et la

[1] Prof. Stefan Felder, Tarif und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2018

[2] « Swiss Medical Network veut bousculer les caisses maladie », article in Le Temps, 11.09.2019

SWISS MEDICAL NETWORK

Genolier, le 19 novembre 2020

possibilité de modèles d'assurance alternatifs (art. 41 al. 4 LAMal) permettent déjà une coopération intégrative entre les prestataires de soins. Depuis la votation de 2012, la compensation des risques a encore été améliorée, puisqu'elle intègre désormais les groupes de coûts pharmaceutiques (PGC). Cette consolidation favorisera l'accès à des modèles d'assurance alternatifs qui ne rechignent pas à intégrer les assurés ayant des frais de maladie élevés (maladies chroniques, diagnostics multiples, etc.).

La suppression de certaines conditions proposées par le Projet et la mise en place de nouveaux incitatifs pour l'ensemble des acteurs concernés pourrait encore accentuer l'essor des soins coordonnés. Voici nos appréciations.

- Les soins coordonnés ne doivent pas être limités au domaine ambulatoire, comme le prévoit l'art. 36b al. 1 du Projet. Les soins coordonnés incluent des prestatataires de toute la chaine de soins, y compris les soins hospitaliers stationnaires et les soins de longue durée. Il faut au contraire sortir des actuels fonctionnements en silo. Le **transfet des prestations stationnaire vers l'ambulatoire (M 07),** développé devant les Chambres fédérales dans le projet dénommé **EFAS,** s'inscrit d'ailleurs dans cette idée de décloisonement et cette mesure est aussi soutenue par la Commission d'experts. La mise en place des **forfaits par cas (M15)** s'inscrit aussi dans cette approche et favorisera l'intégration des processus de traitement.
- **Les conditions d'admission des réseaux de soins coordonnés prévues à l'art. 36b al.2 et 3 du Projet sont trop limitatives et empêchent l'émanation de modèles d'assurance alternatifs innovants.** Le rapport de consultation n'explique pas pourquoi ce serait forcément un médecin qui devrait diriger le réseau de soins coordonnés, alors qu'une telle exigence n'est pas requise pour les autres organisations de soins LAMal. Les exigences de police sanitaire et de formation sont déjà établies pour les prestataires de l'AOS qui coopèrente au sein des soins intégrés. Il faut dès lors éviter une nouvelle strate d'exigences administratives superflues.
- Les soins coordonnés doivent se développer au-delà des frontières cantonales, sans quoi le bassin de population et les prestataires inclus peuvent être en nombre insuffisant pour rendre le modèle viable et en mesure de couvrir tous les besoins. Dans ce sens, une **planification hospitalière régionale** (M14) devrait être une mesure du groupe d'experts à intégrer en parallèle. Cela permettrait d'éviter les approches limitatives par domaine de soins déterminés par les tarifs, leurs validations par le Canton, les problèmes de gouvernance évoqués précédemment et les distorsions de concurrence liées aux protectionnismes cantonaux.
- **Le choix des meilleurs prestataires qualité (M19)** est aussi un point central du développement des soins coordonnés. La limitation des prestataires ne peut se justifier en faveur des assurés que par de vrais aspects qualité et prix. Les critères basés sur la qualité de résultat (outcome) seraient l'incitatif idéal. À l'avenir, les patients devraient être plus impliqués dans l'évaluation. Les mesures et les structures nécessaires à cet effet devraient en même temps promouvoir la compétence sanitaire de tous les acteurs concernés, comme le prévoit d'ailleurs la mesure du groupe d'experts **Renforcer le degré d'information et les compétences des patients en matière de santé (M06).** Dans ce sens, les programmes de prise en charge de prévention, prévus par l'art. 33 al.3 du Projet, sont à saluer.

SWISS MEDICAL NETWORK

Genolier, le 19 novembre 2020

- L'élément de l'efficience économique des prestataires doit aussi faire partie des critères de choix, voire des possibilités de limitation des modèles d'assurance alternatifs. La rémunération par capitation est une des possibilités d'incitatif pour cet objectif. Elle doit rester l'apanage de négociations entre les compagnies d'assurance-maladie et les structures de soins coordonnés, sans intervention réglementaire supplémentaire. Pour cela, **nous rejettons le principe de l'art. 48a du Projet relatif à des conventions tarifaires avec les réseaux de soins coordonnés**. Cette approche montre que la logique du 2ème Paquet de mesures s'inscrit dans des fonctionnements et des mécaniques en silo qu'il faut dépasser, afin d'être innovants et de permettre l'essor concurrentiel de réseaux de soins.
- Plusieurs mesures de limitations des coûts proposées par le Conseil fédéral ne proviennent pas du rapport d'experts, mais ont été proposées par le DFI. Le Conseil fédéral pourrait ainsi présenter une nouvelle mesure concernant le rôle des assurances-maladie, qui pourraient **orienter leurs assurés vers des structures de soins coordonnés qui répondent aux meilleurs critères qualité et prix**, avec des possibilités d'incitatifs tels que des rabais financiers sur le produit d'assurance choisi, des prestations médicales de prévention offertes ou d'autres avantages. La collaboration des associations de patients et d'assurés devrait aussi être un élément à favoriser dans cette perspective.
- Afin de soutenir de développement des réseaux de soins coordonnés, le Conseil fédéral devrait proposer de nouvelles **mesures d'accompagnement relatives aux possibilités de rabais des assureurs**, soit une flexibilsation transitoire des exigences des art. 90c et des art. 93ss OAMal relatives à la prime minimale et aux formes particulières d'assurance[3].

c) MODELE DE SOINS INTEGRES DU SWISS MEDICAL NETWORK

Nous vous présentons quelques éléments du système que nous souhaitons mettre en place. L'objectif premier de notre modèle est de remettre le patient au centre du système, en cessant de le considérer comme un « patient » ou comme un « assuré », mais comme un partenaire à part entière. L'adhérent devient un « membre », qui paye une cotisation mensuelle ou annuelle à une organisation qui prendra en charge la gestion complète de sa santé. Cette organisation intègre l'assurance, les médecins et un maximum de prestataires de soins nécessaires pour répondre aux besoins de ses membres (prévention et soins).

Les prestataires de l'organisation, soigneusement choisis en fonction de leurs compétences et de leurs résultats qualitatifs, sont rémunérés forfaitairement pour l'ensemble des membres qu'ils suivent et non en fonction du nombre d'actes dispensés. L'objectif est de passer d'une philosophie de guérison et de rémunération à l'acte à une philosophie de prévention et de rémunération au résultat. C'est bien sûr un changement majeur. Cela passera par une plus grande délégation d'actes à d'autres prestataires comme des infirmiers praticiens ou des pharmaciens. Le médecin se consacrera alors pleinement au cœur de son art et au pilotage du parcours de soins.

[3] RAPPORT sur les modèles d'assurance alternatifs – analyse des systèmes de rabais dans l'assurance de base, Pius Giger, in Comparis.ch, septembre 2019.

SWISS MEDICAL NETWORK

Swiss Medical Network est en discussion avec plusieurs partenaires pour la création de cette nouvelle organisation, notamment avec des assureurs et des prestataires de soins. Le développement de ce modèle de soins intégrés nécessite une approche innovante et incitative. Les conditions-cadre du Projet en matière de soins coordonnés vont à l'encontre de cet esprit et doivent donc être supprimées.

d) RESUME DE NOTRE PRISE DE POSITION

Compte tenu de ce qui précède, nous vous soumettons les demandes suivantes :

1. Les mesures 3 (réseaux de soins coordonnés) et 4 (programmes de soins aux patients) devraient être adaptées à la lumière des observations formulées dans la présente prise de position et ainsi mises en œuvre.
2. Les mesures 1 (objectif de l'évolution des coûts dans l'AOS), 2 (premier point de contact) devraient être supprimées.
3. Nous ne nous exprimons pas sur le reste du 2ème paquet de mesures et adhérons à la prise de position l'association Cliniques Privées Suisses.

Genolier, le 19 novembre 2020

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos commentaires, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Raymond Loretan
Président du Conseil d'administration

Dino Cauzza
CEO

Annexe : présentation résumée du modèle de soins intégrés Swiss Medical Network

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation	: Société Médicale du Valais
Abréviation de la société / de l'organisation	: SMVS
Adresse	: Av. de France 8
Personne de référence	: Dr. med. Monique Lehky Hagen, présidente
Téléphone	: 027 203 6040
Courriel	: lehkyhagen@hin.ch
Date	: 19.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **5**

Autres propositions ____ **7**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **8**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
SMVS	La SMVS est consciente de la problématique du poids que représentent les coûts de la santé pour la population générale ainsi que pour les personnes avec des revenus bas qui peinent à payer leurs primes d'assurance maladie. Par contre, il nous semble erroné de vouloir résoudre cette problématique importante en essayant de 'figer' les coûts de façon arbitraire en imposant des budgets globaux planifiables mais peu flexibles et qui d'ailleurs n'ont encore prouvé nulle part leur efficacité mais sont souvent accompagnés d'effets secondaires non-négligeables tel que les restrictions d'accès aux soins, délais d'attente prolongés et retards dans la mise en route de traitements indispensables.
SMVS	La crise actuelle du Coronavirus nous permet de voir de façon impressionnante l'importance que joue la flexibilité et l'adaptabilité de tout le système sanitaire pour s'adapter rapidement et de façon efficace aux besoins de la population. Une planification rigide et avec peu de marges de manœuvre peut sembler plus facile à gérer et programmer et contrôler. Par contre, en cas de crise, elle s'accompagne de surcoûts humains, financiers et logistiques impressionnants qui coutent nettement plus que toutes les économies faites pendant des années. Cela peut s'illustrer facilement avec la nécessité de construire hâtivement des hôpitaux dans différents pays comme la Chine. La crise du coronavirus nous a aussi montré l'importance de maintenir des systèmes robustes- donc au minimum dual (privé-public) avec des modes de fonctionnement différents qui permettent de se compléter en cas de nécessité au service des patients et de la population. Il nous semble indispensable de reconsidérer différentes initiatives et projets d'économies qui ont été préparés AVANT la crise du coronavirus en intégrant les aspects importants que cette crise a relevé et qui ont un impact majeur non seulement sur les 'coûts de la santé' mais bien sur toute l'économie de notre pays. Aujourd'hui, il n'est plus concevable de proposer ou d'analyser les coûts de notre système sanitaire sans les mettre en rapport et dans le contexte économico-psycho-sociologique de notre société ! La crise du coronavirus nous a démontré avec une clarté indiscutable le rôle essentiel que jouent le comportement et le mode de vie de notre société en rapport direct avec les coûts de la santé. Par exemple – avec le lock-down et la réduction massive de l'activité sportive en montagne et la réduction de la circulation générale ont réduit de façon impressionnante le nombre d'accidents et de traitements lourds y relatifs. Le retard d'accès aux soins pendant le lock-down a lui pour sa part, malheureusement fait des victimes et nous avons vu dans nos cabinets nettement plus de cas de pathologies diagnostiquées (trop) tardivement que d'habitude – ce qui a un impact majeur au niveau individuel de ces personnes, même si cela peine à apparaître déjà dans les statistiques actuelles qui ne sont pas adaptées pour déceler ce genre d'effets. Au vu de ceci, il semble complètement inadéquat de vouloir régler la problématique des coûts en essayant de les figer… Le problème doit être abordé de façon à permettre une approche sensée à la racine du problème. Il faut favoriser un changement culturel sociétal et comportemental tel qu'il s'impose aussi au niveau de notre utilisation des ressources naturelles contre le réchauffement climatique. La SMVS a développé et soutient les principes du 'less is more together' qui ne sont pas imposés de façon dictatoriale mais naissent de concepts et de la volonté de vouloir utiliser au mieux les ressources disponibles dans les différentes régions, en accord avec la culture et les besoins locaux. De même, la prévention (tabac, alimentation, hygiène psychologique) devrait certainement être renforcée et aurait un impact indiscutable sur les coûts de la santé. Une autre approche consiste dans 'l'empowerment' des patients et de leurs proches dans la gestion et prise en charge de leur maladie. Une mise à disposition d'informations

	médicales validées et accessibles à une large population permettrait des économies de temps et de ressources impressionnantes. Ces mesures auraient certainement un impact plus important sur les coûts de la santé que des projets administratifs contraignants qui démotivent et désintéressent les partenaires qui devraient les mettre en place… Les années écoulées nous ont montré que les mesures imposées et contraignantes n'ont qu'un effet très limité et s'effritent rapidement sans atteindre les objectifs effectivement visés. Il nous semblerait donc utile de repenser les stratégies souhaitées pour freiner la hausse des coûts, tout en favorisant une contribution active, engagée et commune des différents partenaires y compris des patients !
SMVS	Pour finir, nous souhaitons relever la problématique de l'interprétation des données et des chiffres 'nus'. La discussion sur la problématique des coûts mériterait d'être différenciée : quelle part des coûts pose des problèmes ? Pourquoi les réserves des assureurs ont été gonflées alors que les subsides cantonales ont été diminués (jusqu'à la décision du TAF Lucerne exigeant que les cantons répondent à leur obligation de mieux soulager les personnes à revenus bas par des subventions des primes caisse-maladie ?) Pourquoi on veut imposer un 'gate-keeper' 'cantonal' aux malades chronique qui déjà en grande majorité sont pilotés par leurs médecins-traitants – et donc cela imposerait des consultations et des tracasses administratives supplémentaires ? Il serait important de poser des questions critiques et d'analyser les données y relatives. Il nous semble important de respecter les principes de littéracie des données et de prendre en considération les expériences et le vécu du terrain avant de proposer des grandes reformes qui risquent de ne pas aboutir au résultat voulu – alors que de nombreuses initiatives prometteuses sont déjà en route et en développement – mais qui ne sont malheureusement pas reflétées correctement dans les données et dans la façon de la quelle ses données sont traitées.
	En conclusion, la SMVS refuse donc les propositions faites dans la modification actuelle allant contre les points cités ci-dessus, plus explicitement tout projet de budget global et se rallie par cela à la prise de position y relative rendue par la CCM. Nous jugeons INDISPENSABLE de revoir toutes les propositions d'économies souhaitées dans le domaine de la santé en intégrant les expériences et les besoins qui se sont clairement manifestés dans la crise du coronavirus actuelle. Nous voyons quelles sommes faramineuses sont investies pour éviter un lâchage/débordement du système sanitaire actuel. Nous sommes convaincus qu'il faut, à la lumière du vécu 2020, reprendre les réflexions de façon fondamentale et donc revoir entièrement les modifications proposées.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

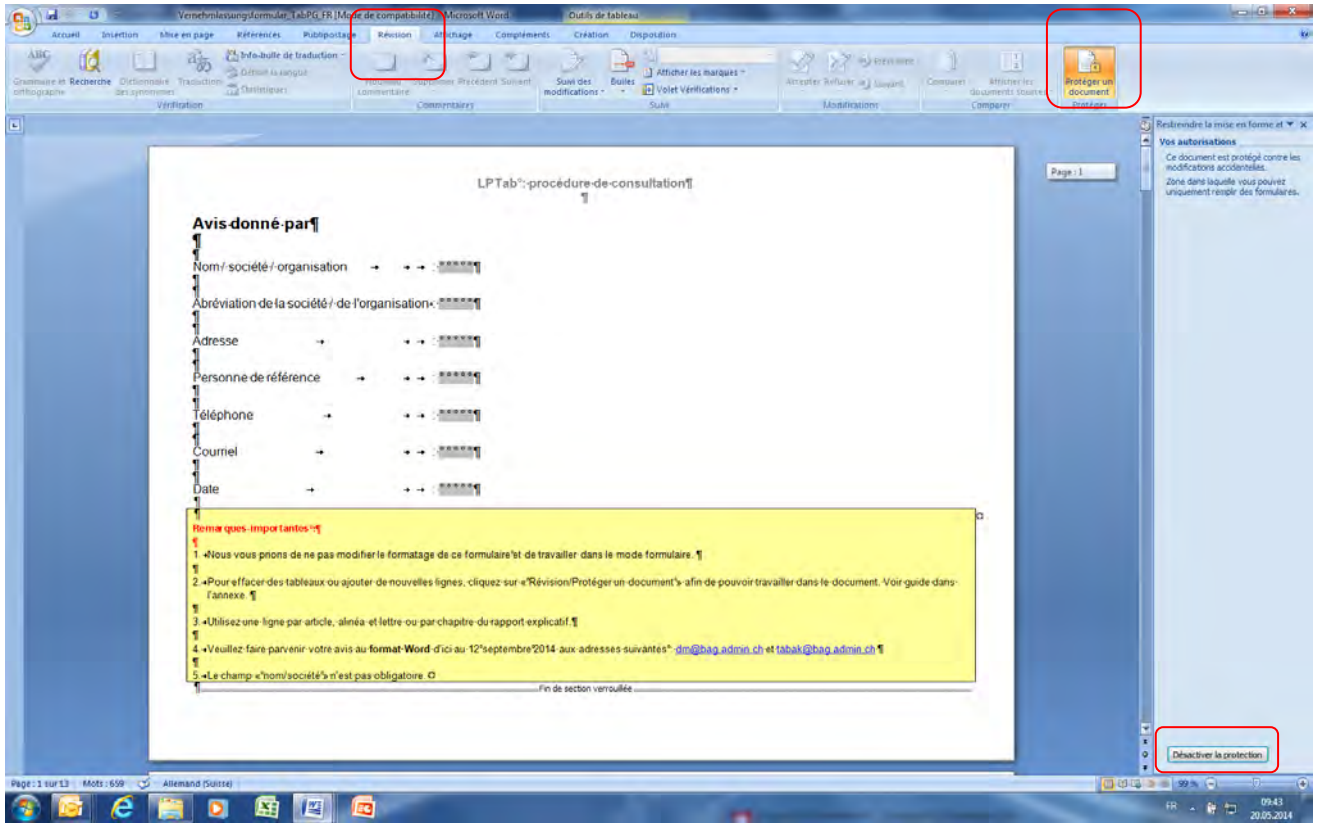
Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

1 Désactiver la protection du document

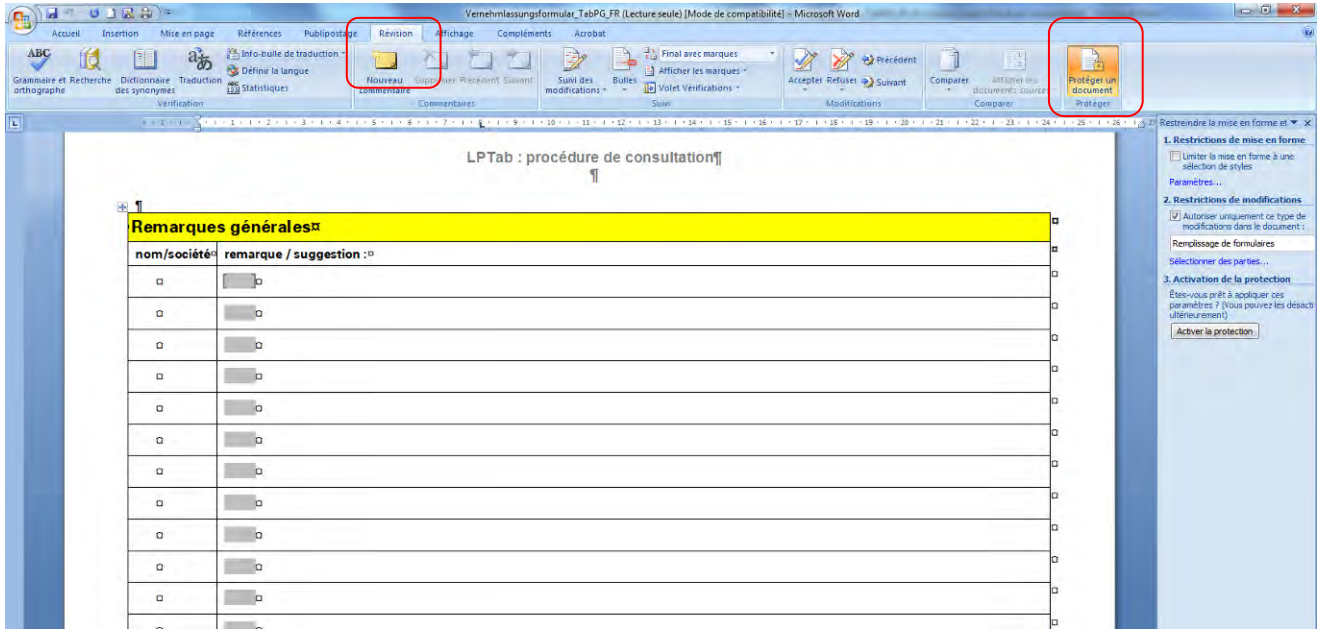


Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

2 Insérer de nouvelles lignes

Sélectionner une ligne entière incluant les champs marqués en gris (la ligne sélectionnée devient bleu)
Presser Control-C pour copier
Presser Control-V pour insérer

3 Réactiver la protection du document



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Spital Zollikerberg

Abkürzung der Firma / Organisation : SZ

Adresse : Trichtenhauserstrasse 20

Kontaktperson : Dr. Orsola Vettori

Telefon : 044 397 21 01

E-Mail : orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 11

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SZ	Das Spital Zollikerberg weist die Revision als Ganzes zurück. Sie vermag weder die Effizienz noch die Qualität der Leistungserbringung zu fördern. Im Gegenteil bremst sie Innovationen durch unnötige und überbordende bürokratische Strukturen und Prozesse. Dadurch werden dem System wertvolle Ressourcen entzogen, die besser für die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden könnten.
SZ	Die Einführung von Kostenzielen führt zu einer Rationierung der Gesundheitsleistungen und zu einer Zweiklassenmedizin. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden.
SZ	Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
SZ	Die Fakten aus der im Auftrag des BAG erstellten Studie «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» von Lobsiger/Frey sprechen eine klare Sprache. Die Kosten für die stationäre Behandlung ist in Kantonen ohne Globalbudget weniger stark gestiegen, als in Kantonen mit Globalbudget oder ähnlichen Mengensteuerungen. Es ist völlig unverständlich, weshalb der vorliegende Entwurf nun ein Kostenziel als zielführende Massnahme präsentiert.
SZ	Für eine bessere Effizienz sollte der Wettbewerb unter den Leistungserbringern verbessert werden. Dazu gehören transparente Zahlen und ein Aufheben von künstlichen Grenzen und Hürden z.B. für ausserkantonale Hospitalisationen. Die stationären Baserates von Spitälern in der ganzen Schweiz haben sich seit 2012 stark angeglichen. Dass der Wohnkanton unterscheiden muss, ob die Patientinnen und Patienten im eigenen Kanton oder ausserkantonal hospitalisiert werden ist obsolet geworden. Wettbewerb muss auch über die Kantonsgrenzen hinweg frei stattfinden können. Auch ein besserer Qualitätswettbewerb hätte nicht nur eine kostensenkende, sondern auch eine qualitätsfördernde Wirkung. Will der Bundesrat wirklich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen wirksam bremsen, dann muss EFAS (Einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär) umgesetzt werden. Zudem muss die ambulante Tarifierung für den Spitalbereich so erhöht werden, dass ambulante Leistungen kostendeckend erbracht werden können.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SZ	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»
SZ	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme**

				Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
SZ	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …
SZ	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.

				Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
SZ	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.
SZ	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.

				ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
SZ	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
SZ	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. **Ausserdem werden Spitäler bestraft, die wegen guter Qualität ein Patientenwachstum verzeichnen können.** Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich: a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt.

				Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen
SZ	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

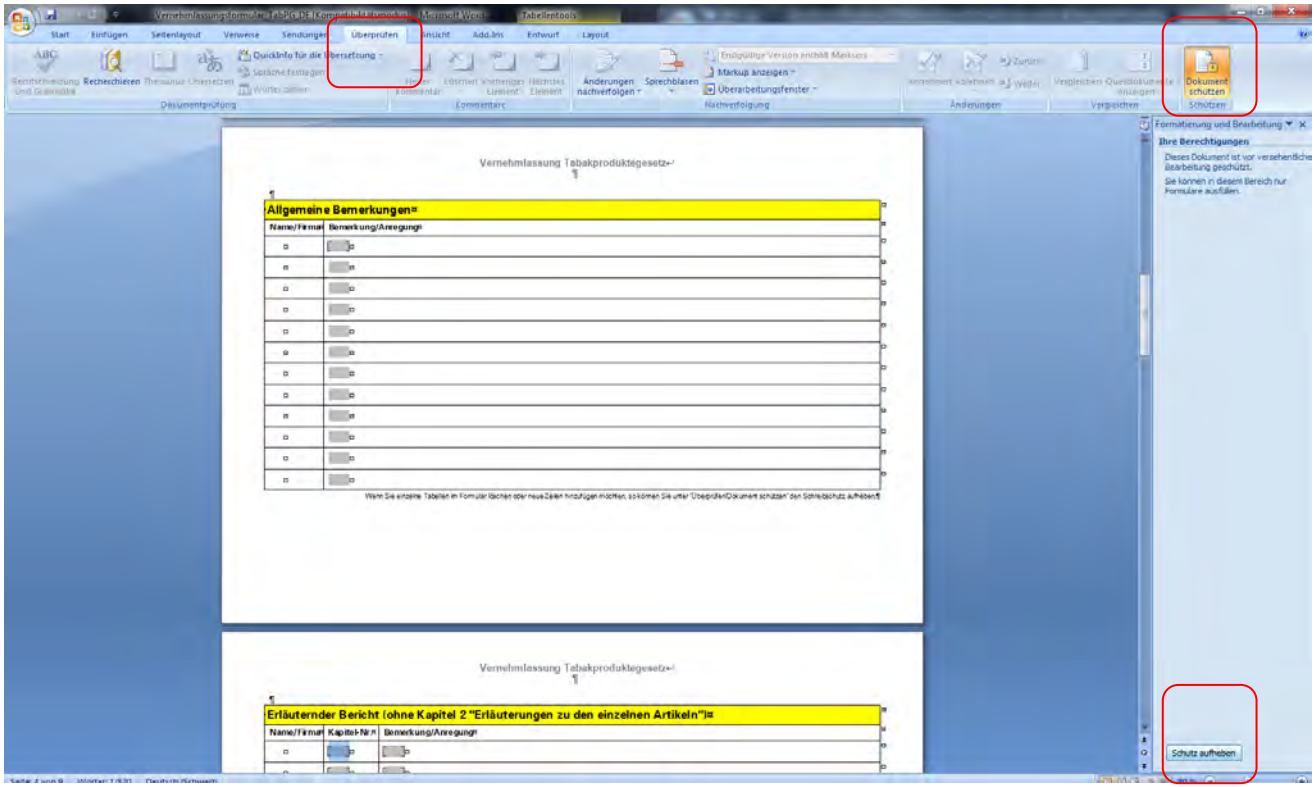
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

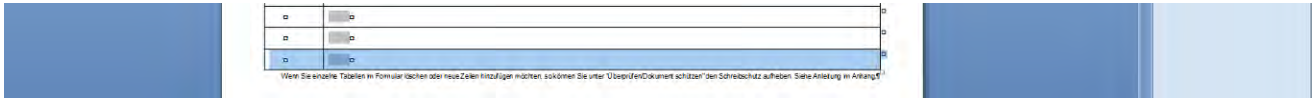
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



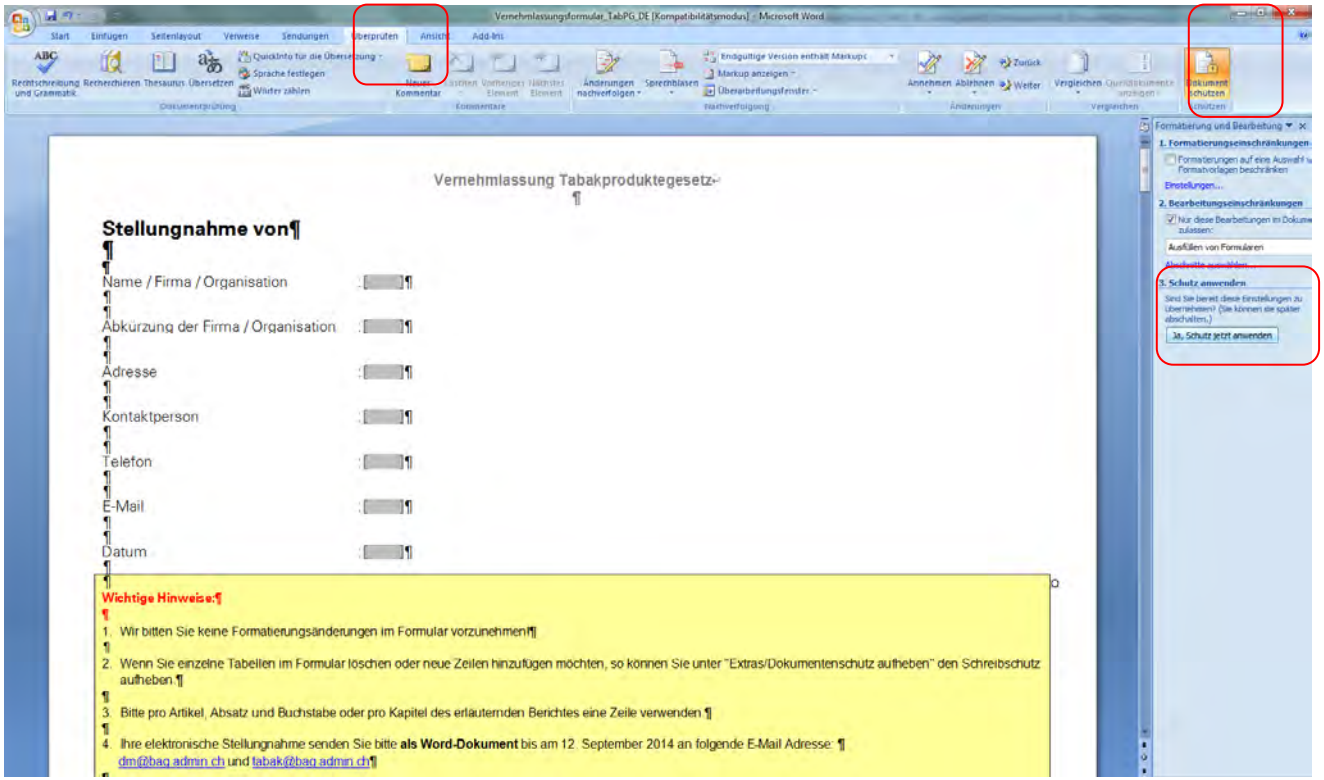
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Spitex Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Schweiz

Adresse : Effingerstrasse 33, 3008 Bern

Kontaktperson : Patrick Imhof

Telefon : 031 381 22 81

E-Mail : imhof@spitex.ch

Datum : 09.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 9

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Spitex Schweiz	Als nationaler Dachverband vertreten wir die Interessen der Spitex-Verbände aller Kantone und der nahezu 600 lokalen gemeinnützigen Spitex-Organisationen. Diese beschäftigen rund 39'000 Mitarbeitende. Fast 300'000 Personen werden von der gemeinnützigen Spitex zu Hause gepflegt und rund 110'000 Personen bei der Alltagsbewältigung unterstützt. Aufgrund der wichtigen Rolle der Spitex im System der Gesundheitsversorgung nehmen wir gerne Stellung im Rahmen der Vernehmlassung.
Spitex Schweiz	Die Vorlage hat zum Ziel, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen. Begründet wird dies mit der Tatsache, dass sich die Bruttokosten innert 20 Jahren fast verdreifacht haben – mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der OKP von 4 Prozent. Auch die Kostenbremse-Initiative, zu welcher die Vorlage als indirekter Gegenvorschlag gelten soll, geht von einer rein finanziellen Betrachtungsweise aus, indem sie den Anstieg der OKP-Kosten mit dem Wachstum der schweizerischen Gesamtwirtschaft und der Entwicklung der durchschnittlichen Löhnen in Relation stellt. Würden wir hier von der Entwicklung des Butterpreises sprechen – bestünde Einigkeit: : Das Produkt hat sich in den vergangenen Jahrzehnten kaum verändert, die geänderten Rahmenbedingungen rechtfertigen ebenfalls keine entsprechende Kostenentwicklung. Aber im Bereich der Gesundheitsversorgung weisen wir diese rein kostenbasierte Betrachtung vehement zurück. Sie vernachlässigt, dass - sich in dieser Zeit, die Leistungen der OKP stark verändert haben (Der Leistungskatalog wurde aufgrund der medizinisch-technischen und gesellschaftlichen Entwicklung und nach Prüfung der Leistungen auf die Erfüllung der WZW-Kriterien angepasst), - die ständige Bevölkerung in der Schweiz im gleichen Zeitraum um mehr als 20% zugenommen hat, - der Altersquotient in der Schweiz im gleichen Zeitraum von 24.1% auf 30.0% gestiegen ist, - das Volk und Parlament in dieser Zeit verschiedene demokratische Entscheide getroffen haben, die das Kostenwachstum nicht gebremst (resp. teilweise sogar verstärkt) haben, - das grosse Wachstum insbesondere in der ambulanten Pflege durch eine konsequente Politik «ambulant vor stationär» gesteuert worden ist und ein gewolltes Resultat darstellt, - sich die Gesellschaft in dieser Zeit weiter verändert hat und dies auch Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen hat (Einzelpersonenhaushalte, Mobilität),

	- sich die Löhne für das Gros der Gesundheitsberufe im gleichen Zeitraum nicht annähernd in analoger Weise entwickelt haben. Wir vermissen eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Gründen des Kostenwachstums. Nur so wäre es möglich, zu differenzieren, was gewollte und ungewollte, was nötige und unnötige Entwicklungen sind. In der Würdigung der Initiative im erläuternden Bericht werden einzelne dieser Punkte aufgegriffen. Der Bundesrat kommt dabei insgesamt zum Schluss, dass eine zusätzliche Regelung auf Verfassungsstufe entbehrlich sei, er jedoch das Anliegen der Reduktion des Kostenwachstums unterstütze. Dies sei im Rahmen der heutigen verfassungsrechtlichen Kompetenzen möglich, was mit dem indirekten Gegenvorschlag umgesetzt werden soll.
Spitex Schweiz	**Zielvorgabe** ***Spitex Schweiz lehnt eine Top-Down-gesteuerte Zielvorgabe ab.*** Im Zentrum des zweiten Pakets steht eine Zielvorgabe, welche der Kostenentwicklung in der OKP einen festen Rahmen geben soll. Dieser Rahmen soll von einem breit aufgestellten Gremium als bestmögliche Annäherung ermittelt werden. Im Bericht wird festgehalten, dass heute wenig Transparenz darüber bestehe, welcher Teil der Kostenzunahme medizinisch gerechtfertigt ist und welcher nicht. Leider zeigt der erläuternde Bericht nicht auf, wie dieses «Gremium» genau diese Lücken schliessen will, so dass auf wissenschaftlichen und anerkannten Grundlagen diese weitreichenden Entscheide eingeleitet werden können. Im Verlauf des Berichts wird präzisiert, dass eine Kommission von 11-13 Personen, diese Aufgabe übernehmen solle – dabei solle sichergestellt werden, dass die gewichtigsten Akteure angemessen vertreten sind. Wer ist damit gemeint? Die Wissenschaft, die Leistungserbringer oder die Versicherer? Je nach Ausrichtung wird damit die Teilnahme von spezialisierten, kleineren Akteuren ausgeschlossen und die Gefahr besteht, dass die «gewichtigen Akteure» über die anderen Bereiche zu beurteilen haben und unter Umständen gegen ihre eigenen Interessen entscheiden müssten. Damit Rationierungen von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen vermieden werden können, ist ein zeitnahes Qualitätsmonitoring vorgesehen. Hier fehlt jegliche Verknüpfung mit der KVG-Revision Qualität und Wirtschaftlichkeit. Werden hier neue Instrumente aufgebaut oder wäre es sinnvoller, ein solches Monitoring in die Qualitätsverträge einzubauen? In einem ersten Schritt soll der Bundesrat ein nationales Gesamtkostenziel festlegen. Die Kantone konkretisieren dieses innerhalb einer bestimmten Marge in einem zweiten Schritt auf die spezifischen kantonalen Verhältnisse. Danach wird das kantonale Gesamtkostenziel auf die vom Bundesrat vordefinierten Kostenblöcke aufgeteilt. Leider wird nicht erklärt, wie hier der Knowhow-Prozess erfolgen soll – auf nationaler Ebene gibt es dazu ein breit aufgestelltes «Gremium». Viele Kantone haben die entsprechenden Ressourcen nicht. Stattdessen wird der Einbezug der betroffenen Akteure verlangt (Leistungserbringer und Versicherer). Dieses Vorhaben tönt aus unserer Sicht eher nach einem Bazar-Prinzip. Auch wenn im Ausland gemäss dem Rechtsvergleich im erläuternden Bericht des Bundesrates Beispiele von Zielgrössen zur Kostenentwicklung zu finden sind, so vermissen wir eine vertiefte Auseinandersetzung mit deren positiven und negativen Auswirkungen auf die Versorgung in diesen Ländern mit einer starken Inputorientierung.

	Ein entsprechende Top-Down-gesteuerte Zielvorgabe führt aus Sicht von Spitex zu einer Fehlversorgung, Ungleichheiten und Rationierung.
Spitex Schweiz	**Erstberatungsstelle** ***Spitex Schweiz erachtet die Förderung von Gatekeeping-Modellen als zielführendes Instrument. Eine Erstberatungsstelle kann dabei ein wirksames Element darstellen. Dieses soll jedoch nicht im Zwang vorzuschrieben, sondern breiter und anreizbasiert gestärkt werden. Aus diesem Grund fordert Spitex Schweiz den Vorschlag zu überarbeiten.*** 70% der Versicherten wählen bereits heute ein Gatekeeping-Modell (Hausarzt-, HMO-, Telefonmodell). Gemäss Bericht lässt sich belegen, dass in dieser Versichertengruppe durchschnittlich Einsparungen in der Höhe von 14% zu erreichen sind. Mit der verbindlichen Einführung einer Erstberatungsstelle sollen diese Einsparungen auch bei den restlichen 30% der Versicherten erzielt werden. Als Erstberatungsstellen sollen ausschliesslich Ärzte/Ärztinnen mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Kinder- und Jugendmedizin oder um einen praktischen Arzt/eine praktische Ärztin, Gruppenpraxen (nach Art. 36a KVG) und Netzwerke in Frage kommen. Spitex Schweiz begrüsst den Verzicht auf neue Parallelstrukturen. Die Workforce-Studie von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz legt dar, dass der Mangel an Hausärzten und Hausärztinnen noch viele Jahre andauern wird. Demzufolge muss in Frage gestellt werden, ob dazu genügend Erstberatungsstellen zur Verfügung stehen werden. Ebenfalls besteht heute die Situation, dass viele Personen keinen Hausarzt/keine Hausärztin mehr haben. Versicherten, die keine Erstberatungsstelle melden, würde durch die Krankenversicherung automatisch eine solche zugeteilt. Es besteht damit die Gefahr, dass Versicherte in Gegenden mit einem Mangel an Erstberatungsstellen in entfernte Gebiete mit freien Kapazitäten eingeteilt werden – dies wäre nicht im Sinne einer niederschwelligen Versorgung. Spitex Schweiz fordert, dass neben den Ärzten auch weitere, genügend qualifizierte Berufsgruppen ins Auge gefasst werden für das Gatekeeping, z.B. die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nurse). Diese können in Arztpraxen, Spitexorganisationen und Pflegeheimen und breiter zum Einsatz kommen als heute und so bereits heute erbrachte Triage- und Koordinationsleistungen dieser Institutionen unterstützen. Ziel muss es sein, dass auch Spitexorganisationen in Zukunft als Gatekeeper eingesetzt werden können, sofern die entsprechenden Kompetenzen vorhanden sind. Insgesamt stellt sich die Frage, wie hoch das Effizienzpotential dieser verbleibenden 30% ist. Dazu gilt es, die Gründe für die Einsparungen der 14% in Gatekeeping-Modellen zu betrachten: Liegt dies daran, dass insbesondere gesündere Personen, diese Versicherungsmodelle wählen? Oder sind es Personen, die sich mit hohen Kosten konfrontiert sehen? Welchen Einfluss hätte die im Bericht angekündigte Verringerung der Prämienrabatte auf die Wahl von stärkeren Gatekeeping-Modellen? Leider wird dies nicht dargelegt. Aus Sicht von Spitex Schweiz sind Gatekeeping-Modelle weiter voranzutreiben über Anreize wie beispielsweise Prämienrabatte. Damit wird die Akzeptanz der Modelle stärker gefördert als mit einem Zwang. Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben den Ärzten weitere, genügend qualifizierte Berufsgruppen (z.B. APN) für das Gatekeeping eingesetzt werden können.

	Aus unserer Sicht störend ist, dass kaum Vorstellungen betreffend die vergüteten Aufwände einer Erstberatungsstelle kommuniziert werden. Aus diesem Grund sind auch keine Einsparpotentiale ableitbar, resp. es kann auch nicht abgeschätzt werden, ob durch die neue Erstberatungsstelle gar Mehrkosten generiert werden, weil die heute bei 70% der Versicherten zur Anwendung kommenden Modelle günstiger sind. Spitex Schweiz fordert die Überarbeitung des Vorschlags gemäss den obigen Ausführungen.
Spitex Schweiz	**Koordinierte Versorgung stärken** **Netzwerke** ***Spitex Schweiz unterstützt im Grundsatz die Schaffung von Grundlagen für Netzwerke.*** Mit der Revision sollen die Grundlagen geschaffen werden, damit sich Gesundheitsfachpersonen zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen können. Dieses tritt gegenüber den Versicherern als eine Organisation auf. Im Netzwerk werden die Leistungen koordiniert und via Pauschalen abgerechnet, die in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegt werden. Aus Sicht von Spitex Schweiz bietet die vorgeschlagene Revision eine gute Möglichkeit, die bisherigen Erfahrungen von Ärztenetzwerken und weiteren Pilotversuchen auszubauen. Mit dem Einbezug weiterer Leistungserbringer können Synergien genutzt und eine integrierte Versorgung sichergestellt werden. Damit soll jede Profession – auch über die Ärzteschaft hinaus – optimal gemäss ihren Kompetenzen eingesetzt werden und situativ den Lead übernehmen – zum Beispiel die Spitex im Bereich der Pflege zu Hause. In einem Netzwerk können Versorgungsprozesse durch interprofessionelle Qualitätszirkel optimiert werden. Häufig auftretende Fälle in der Versorgung werden koordiniert und die Prozesse in Guidelines festgehalten und einheitlich umgesetzt. Gemäss Bericht besteht ein Netzwerk mindestens aus einem Koordinationszentrum unter ärztlicher Leitung und weiteren angestellten Gesundheitsfachpersonen. Eine solche Vorgabe erachten wir als falsch und wir lehnen sie ab. Interprofessionalität in der koordinierten Versorgung bedeutet Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Aus unserer Sicht kann ein Koordinationszentrum unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin stehen, aber dies ist nicht eine zwingende Vorgabe. Vielmehr muss bei Bedarf ärztliche Kompetenz gesichert sein und rasch einbezogen werden. Wir machen an dieser Stelle darauf aufmerksam, dass über die Kantone hinweg verschiedene Modelle zur Sicherstellung der Grundversorgung zur Anwendung kommen. In einigen Kantonen der Westschweiz ist die ambulante Versorgung der Spitex mit Versorgungsauftrag über das ganze Kantonsgebiet geregelt und die Versorgung dazu wird durch eine einzelne Organisation umgesetzt. Diesem Umstand ist bei der Überarbeitung der Regelung zwingend Rechnung zu tragen. Als besonderes Hindernis betrachten wir im Bereich der Pflege die unterschiedlichen Vergütungssysteme. Wir weisen darauf hin, dass im Bereich der Pflege (ambulant wie auch stationär) keine Tarifverträge zur Anwendung kommen, da die OKP lediglich einen Beitrag vergütet. Dies könnte einen nicht zu unterschätzenden Effekt auf den Einbezug der Pflege haben. Es ist deshalb möglich, dass Spitex-Organisationen eher als Anschlusspartner im Sinne einer koordinierten Zusammenarbeit zum Zuge kommen werden. Aus diesem Grund fordern wir den Verzicht auf die

	Einrichtung von Pauschalen. Unseres Erachtens wäre ein vollständig auf Pauschalen an ein Gesamtnetzwerk ausgerichtetes Finanzierungssystem zum Scheitern verurteilt. Pauschalen sind vielmehr im Bereich der Koordinationsleistungen des Koordinationszentrums vorzusehen. Die Abrechnung der weiteren Leistungen soll – analog zu heutigen HMO-Modellen auch durch die Leistungserbringer direkt (gegebenenfalls im Auftrag durch das Koordinationszentrum) erfolgen. Diese Systeme funktionieren heute im Bereich der HMO-Praxen bestens – es gilt auf diesen Erfahrungen aufzubauen. **Programme der Patientenversorgung** ***Spitex Schweiz unterstützt die Initialisierung von Programmen der Patientenversorgung.*** Es wird vorgeschlagen, dass neu im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen gewisse Leistungen in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- sowie Behandlungsmassnahmen durch nicht-ärztliche nach KVG zugelassen Leistungserbringer erbracht werden können. Spitex Schweiz unterstützt solche Programme. Sie fördern eine effiziente, aber auch eine qualitativ hochstehende Versorgung. Durch den Einbezug qualifizierter, nicht-ärztlicher Leistungserbringer wird zudem die Hausarztmedizin entlastet. Der Bundesrat wird sich bei der Bezeichnung der Leistungen an den operationalisierten Kriterien zur Bewertung von Anträgen zur Franchisenbefreiung von kantonal oder national organisierten Präventionsprogrammen orientieren. Es muss darauf hingewiesen werden, dass der Aufwand zur Einreichung eines entsprechenden Antrags eine grosse Hürde darstellt. Für Spitexorganisationen oder deren Verbände übersteigt eine solche Arbeit häufig die Ressourcen.
Spitex Schweiz	**Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug** **Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung** Eine Festlegung von Grundsätzen zur Berechnung eines Höchstvergütungsbeitrags wird von Spitex Schweiz als sinnvoll erachtet. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass eine genügende und langfristige Verfügbarkeit der Arzneimittel, Mittel und Gegenstände sichergestellt werden kann. **Elektronische Rechnungsübermittlung** Mit dem Vorschlag sollen sämtliche ambulanten und stationären Leistungserbringer verpflichtete werden, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln. Spitex Schweiz unterstützt diese Regelung. Insbesondere nehmen wir zur Kenntnis, dass die Umsetzung mittels eines einheitlichen, gemeinsam entwickelten Standards für den elektronischen Datenaustausch umgesetzt werden soll. Das «Forum Datenaustausch» soll diesen einheitlich umsetzen. Das Verwenden mehrerer Standards würde zu unnötigem administrativem Mehraufwand und Mehrkosten führen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Spitex Schweiz	21			Spitex Schweiz erachtet die Datenweitergabe zur Erfüllung der behördlichen Aufgaben als wichtig. Dabei ist wie vorgesehen die Anonymität der Versicherten zentral.	
Spitex Schweiz	25	2	h, i	Spitex Schweiz unterstützt diese Bestimmungen zu koordinierten Programmen.	
Spitex Schweiz	33	3bis		Spitex Schweiz unterstützt diese Bestimmung zu koordinierten Programmen.	
Spitex Schweiz	35	2	o	Spitex Schweiz unterstützt die Bezeichnung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als Leistungserbringer.	
Spitex Schweiz	36b			Spitex Schweiz unterstützt diese Bestimmungen zu Netzwerken zur koordinierten Versorgung.	
Spitex Schweiz	40a			Spitex Schweiz erachtet eine weitere Stärkung des Gatekeeping ab, lehnt jedoch die Bestimmungen zur Erstberatungsstelle in dieser Form ab. Der Artikel ist zu streichen. Stattdessen sind wie weiter oben beschrieben die Anreize für Gatekeeping-Modelle auszubauen und die Aufnahme weiterer Gatekeeping-Professionen zu prüfen (insbesondere APN und Organisationen). In Konsequenz sind auch die weiteren Artikel zur Erstberatungsstelle zu überarbeiten.	Überarbeiten.

Spitex Schweiz	40b				Überarbeiten.
Spitex Schweiz	40c				Überarbeiten.
Spitex Schweiz	40d				Überarbeiten.
Spitex Schweiz	41				Überarbeiten .
Spitex Schweiz	41a				Überarbeiten.
Spitex Schweiz	42	3ter		Spitex Schweiz unterstützt eine elektronische Übermittlung der Rechnungen an die Krankenversicherer nach einem einheitlichen Standard. Der Bundesrat soll lediglich eine subsidiäre Kompetenz haben.	
Spitex Schweiz	42a	2-3		Spitex Schweiz unterstützt die Bestimmungen zu einer Versichertenkarte in elektronischer Form neben dem heute verwendeten Sichtausweis im Kreditkartenformat.	
Spitex Schweiz	48a	1, 2		Spitex Schweiz unterstützt die Möglichkeit zum Abschluss von Tarifverträgen mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung und dabei auch die Vergütung via Pauschalen für die Koordination von Leistungen durch das Netzwerk. Die Abgeltung via Pauschalen für die Leistungen wird abgelehnt. Die Abgeltung soll weiterhin nach den Abgeltungssystemen der Leistungserbringer erfolgen. Möglich wäre die Beibehaltung einer einzigen Rechnungsstellerin durch das Koordinationszentrum des Netzwerks.	Streichen Abs 1 Bst. a Streichen Abs. 2
Spitex Schweiz	54			Wie bereits in den allgemeinen Bemerkungen beschrieben, lehnt Spitex Schweiz die Einführung von Topdown-getriebenen Kostenzielen ab. Unseres Erachtens führt das Vorgehen zu Fehlversorgung, Ungleichheiten und Rationierung.	Streichen.

				In Konsequenz sind auch die weiteren Artikel zu den Kostenzielen zu streichen und auf die Streichung von Art. 55 zu verzichten.	
Spitex Schweiz	54a				Streichen.
Spitex Schweiz	54b				Streichen.
Spitex Schweiz	54c				Streichen.
Spitex Schweiz	54d				Streichen.
Spitex Schweiz	54e				Streichen.
Spitex Schweiz	55				Keine Streichung.
Spitex Schweiz	64	7	B	Spitex Schweiz unterstützt den vorgeschlagenen Verzicht auf Kostenbeteiligung bei den aufgeführten Leistungen.	
Spitex Schweiz	64	7	c	Siehe Bemerkungen zu Art. 54	Streichen.
Spitex Schweiz	III			Die Übergangsbestimmungen sind gemäss den obigen Eingaben zu überarbeiten.	Überarbeiten.
Spitex Schweiz					
Spitex Schweiz					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar -Liaisonpsychiatrie und –Psychosomatik

Abkürzung der Firma / Organisation : SSCLPP

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Prof. Dr. med. Urs Hepp, Co-Präsident; Dr. med. Stéphane Saillant, Co-Président

Telefon : +41 31 313 88 71
E-Mail : welcome@ssclp.ch

Datum : 10. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 15

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 17

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FMPP	Die FMPP spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
FMPP	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie gegen psychiatrisch-psychotherapeutische Klinikambulatorien und aufsuchend-beratende konsiliarpsychiatrische Dienste**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
FMPP	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig. Kollateral käme es zu einer schädlichen Stratifizierung zwischen leichten und schweren Krankheitsbildern. In der Psychiatrie würde das tendenziell dazu führen, dass die komplexeren/schwereren Krankheitsbilder aufgrund fehlender Kostendeckung im ambulanten Tarif abnehmend in Privatpraxen behandelt und weiter zunehmend in durch Subventionen unterstützte Klinikambulatorien oder stationäre Versorgunsstrukturen verschoben würden.
FMPP	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt,

	die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
FMPP	Die FMPP wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Darüber hinaus führt das Gatekeeping durch nicht-psychiatrische Leistungserbringer in den Erstberatungsstellen zu einer Unterwanderung psychiatrischer Grundversorgungsstrukturen der systemrelevanten sozialpsychiatrischen Leistungen bspw. der Klinikambulatorien und auch der konsiliar-liaison-psychiatrischen aufsuchenden Dienste. Die Gefährdung dieser Strukturen hätte eine Verschlechterung der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zur Folge. Aus monetären Anreizen (Kopfpauschale) käme es durch die nicht-spezialisierten Erstberatungsstellen zudem zu einer Benachteiligung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von psychologsichen Psychotherapeuten. Das würde das Risiko von Fehlbehandlungen bei psychischen Störungen aufgrund der Verlagerung zugunsten der psychologisch-psychotherapeutischen bzw. zulasten der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung erhöhen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FMPP	21	2		Die FMPP wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die FMPP ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

FMPP	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
FMPP	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
FMPP	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
FMPP	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - Insgesamt ist von deutlich negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und integrierte Versorgungsstrukturen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie auszugehen: o Erstberatungsstellen nicht dafür ausgebildet, eine fachgerechte integrierte psychiatrisch-psychotherapeutischeTriage vorzunehmen und die entsprechenden Zuweisungen sachgerecht und mit hoher Qualität zu lenken. Daraus ergeben sind	

				erhebliche Nachteile für selbständige und institutionelle Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gegenüber den selbständig tätigen psychologischen Psychotherapeuten - insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung des Anordnungsmodells. o Diese unnötige administrative Hürde stellte zudem für Patienten eine zusätzliche Erschwernis dar und steht im Widerspruch zu den Entstigmatisierungsbemühungen im Bereicht mental health. o Für die psychiatrischen Kliniken, Klinikambulatorien und aufsuchende psychiatrische Hometreatment- und Konsiliardienste wird die Umsetzung der integrierten Versorgung erheblich erschwert. o Es drohen längere Klinikaufenthaltsdauern, weil durch die Einführung von Erstberatungsstellen die Zuweisung an nachgeschaltete Strukturen erschwert wird. o Klinikambulatorien und aufsuchende konsiliarpsychiatrische Dienste müssten aus diesen Gründen bei einer allfälligen Einführung von Erstberatungsstellen dringend von dieser Regelung ausgeklammert werden. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur.	

				Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.

FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
FMPP	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
FMPP	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie,	Streichung von Art. 54a-e-

				Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die	

				Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

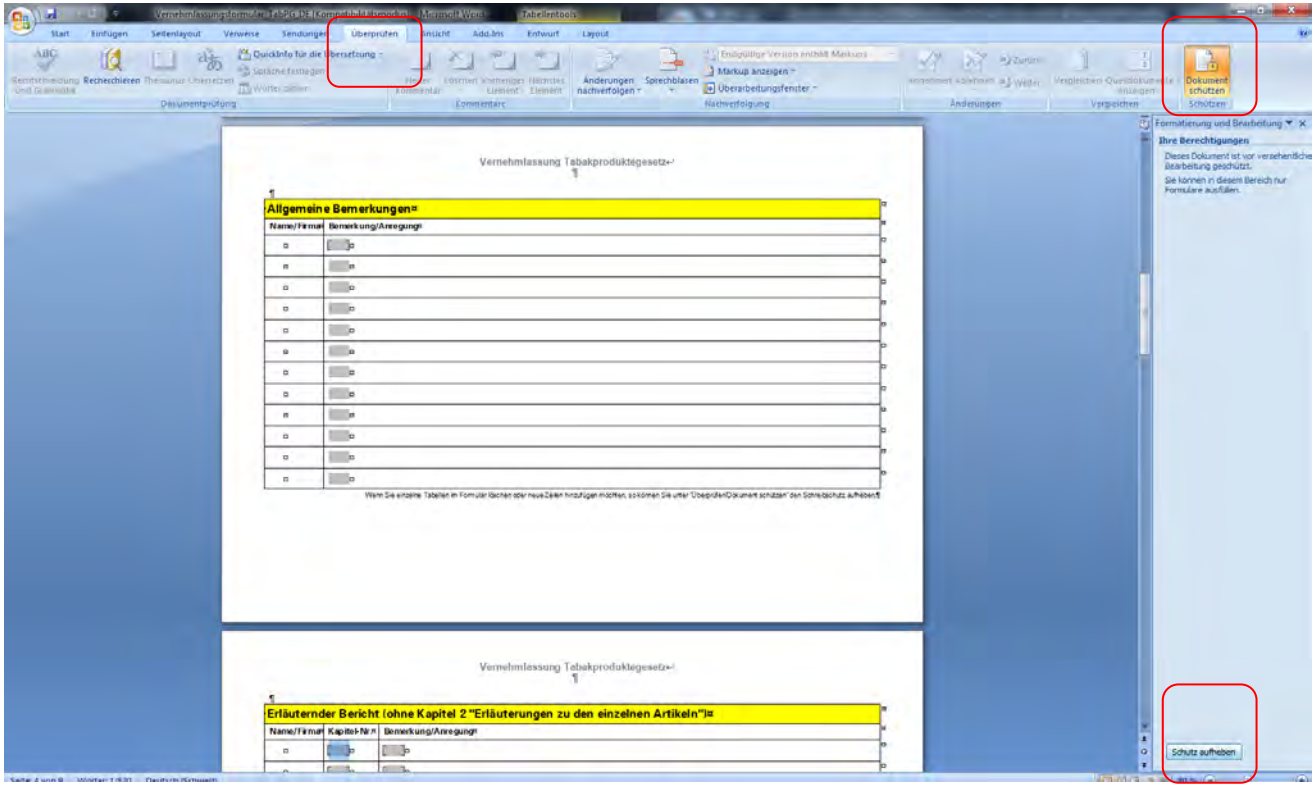
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

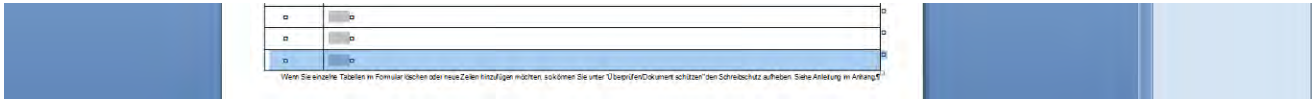
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



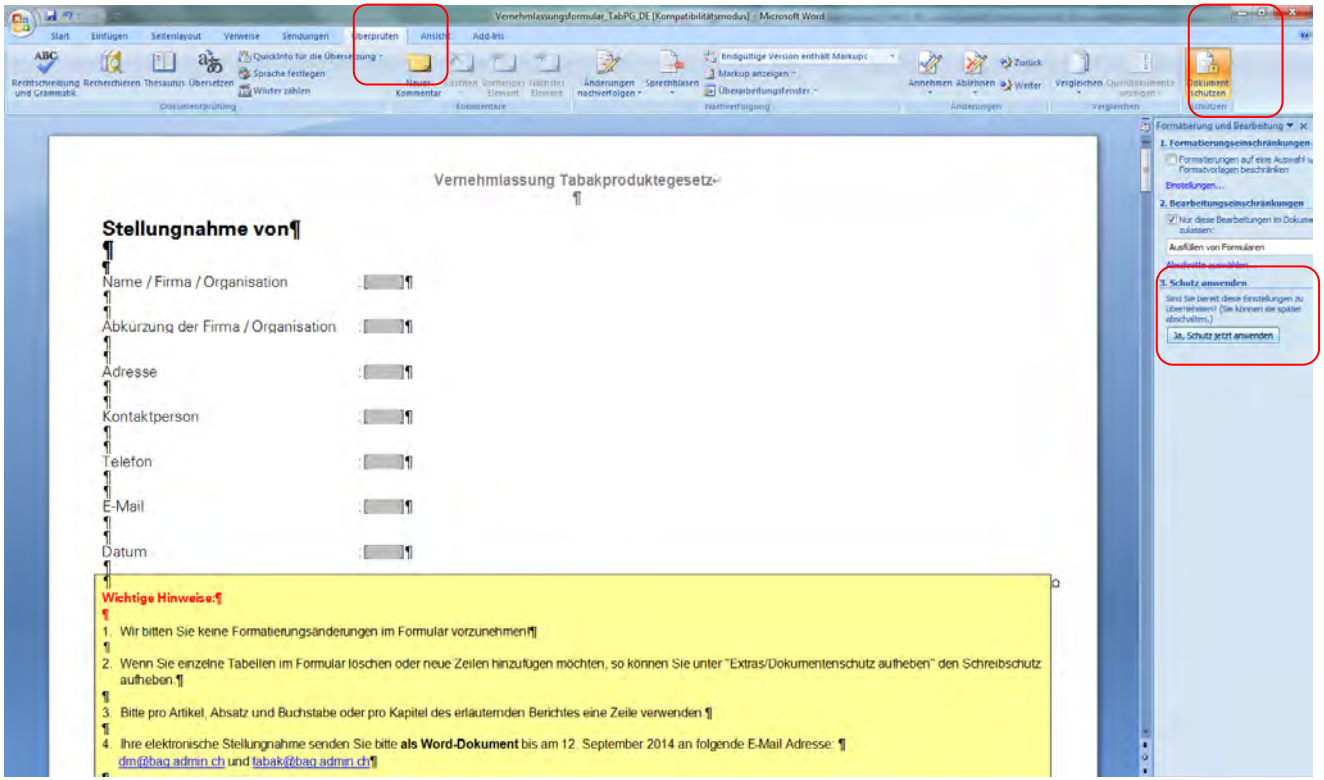
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Society for Interventional Pain Management

Abkürzung der Firma / Organisation : SSIPM

Adresse : Rita Zahnd, Chemin de la Bovarde 19 1091 Grandvaux

Kontaktperson : Dr. med. Andreas Wüest, Tarifdelegierter SSIPM / FMH

Telefon : 079 309 23 69

E-Mail : dr.a.wueest@bluewin.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 7

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 8

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr.A.Wüest SSIPM	Es wird zu wenig Erstberatungsstellen geben, da die Hausärzte heute schon überlastet sind. Darum ist Art. 40a Absatz 3 a die Funktion der Erstberatungsstelle auch auf zusätzliche Weiterbildungstitel und Fachausweise zu erweitern.
Dr.A.Wüest	Es sollen zu den Erstberatungsstellen auch Fachärzte gehören, welche im erweiterten Gebiet der Grundversorgung tätig sind, wie z.B. die Rheumatologie, die Physikalische Medizin und die Schmerztherapie
Dr.A.Wüest	Wir müssen leider immer wieder feststellen, dass die Grundversorger zu wenig ausgebildet sind im Bereiche des Bewegungsapparates und der Schmerztherapie. Da wäre eine Revision fällig.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr. Andreas Wüest Für SSIPM und weitere Fachrichtungen	40a	3	a	Da es zu wenig Erstberatungsärzte geben wird, müssen auch Aerzte mit anderen Fachrichtungen zugelassen werden, welche auch zur Grundversorgung gehören und Patienten mit akuten Schmerzen, muss der Zugang zur Schmerztherapie gewährleistet sein.	4. Rheumatologie 5. Physikalische Medizin.....6. Arzt für interventionelle Schmerztherapie (für Patienten mit akuten Schmerzen)

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

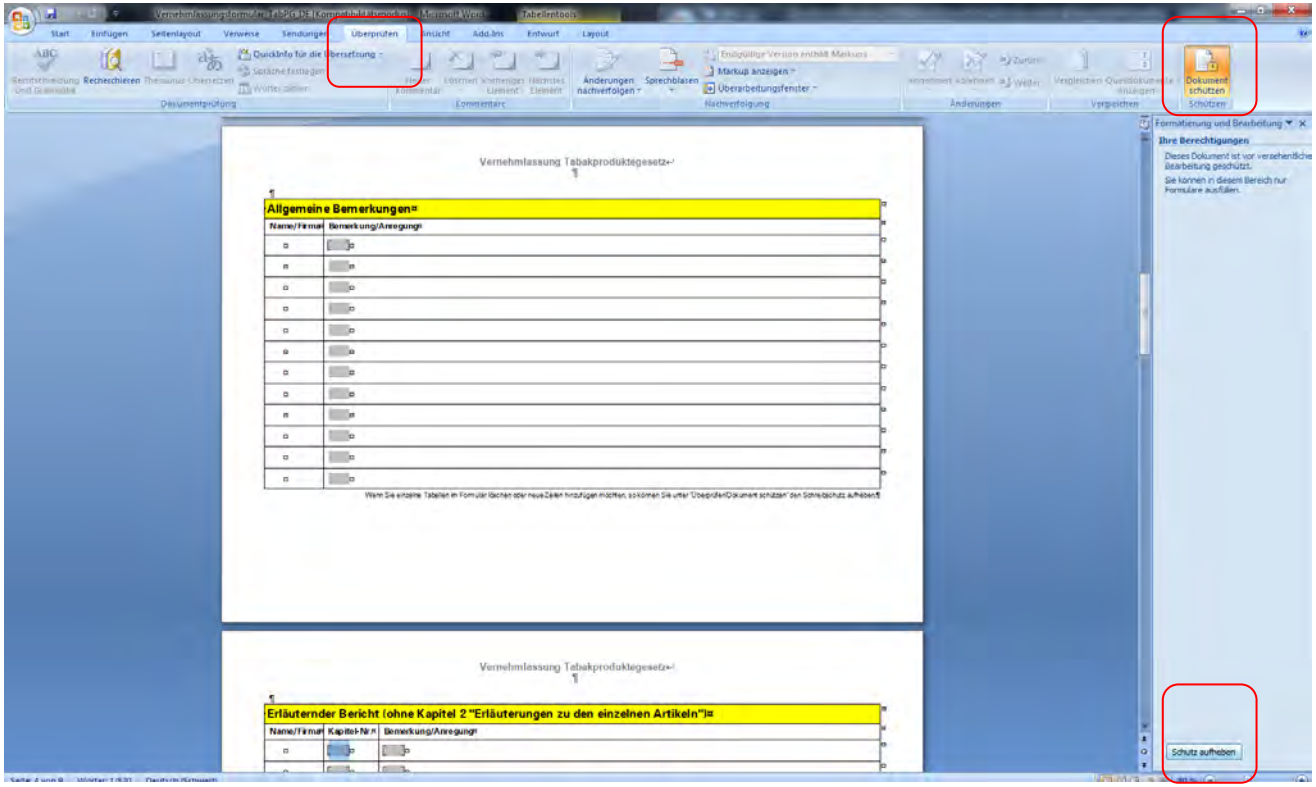
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

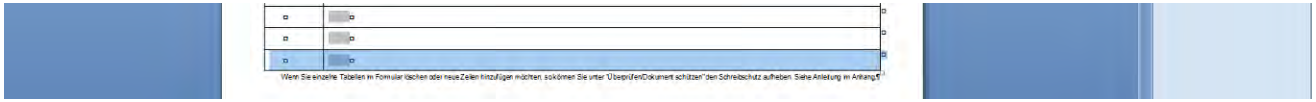
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



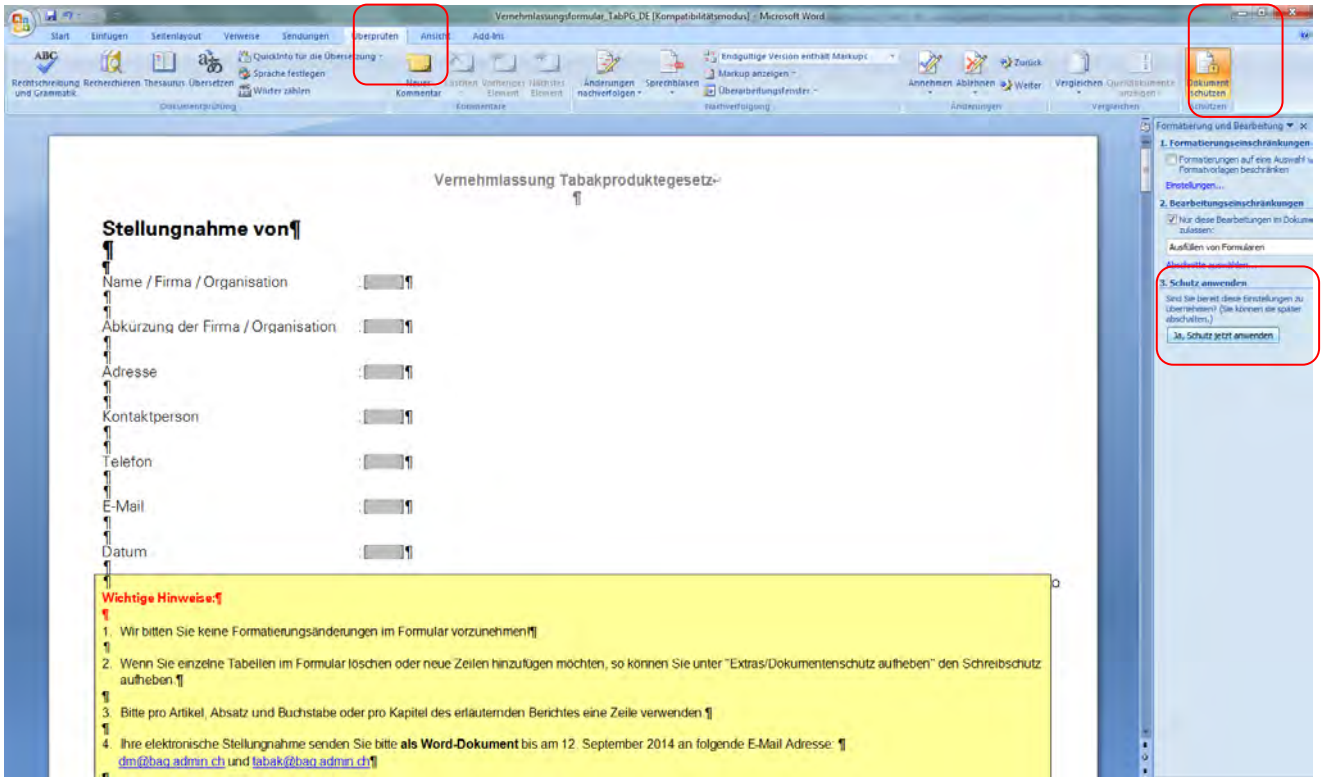
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Society for Interventional Pain Management

Abkürzung der Firma / Organisation : SSIPM

Adresse : Chemin de la Bovarde 19, 1091 Grandvaux

Kontaktperson : Dr. Friedrich Bremerich

Telefon : 079 949 1651

E-Mail : friedrich.bremerich@epost.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 9

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 10

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SSIPM	Erstberaterstelle: Ein Obligatorium benachteiligt chronische Schmerzpatienten, alle chronisch krankne Menschen, die auf einen spezialisierten Arzt angewiesen sind. Wird Schmerzpatienten ein schneller Zugang zum Spezialisten erschwert, steigen die Anzahl der Chronifizierungen, damit deren Leid und besonders die Kosten für die Gesamtgesellschaft. Wiederholt und zweifellos belegt durch gute Studien ist, dass Patienten langfristig besser und kostengünstiger durch spezialisierte Therapeuten behandelt werden. Wenn also eine Erstberaterstelle zwingend ist, muss die Möglichkeit bestehen, dass sowohl niedergelasssene und in Kliniken beschäftigte Spezialisten als Erstberater erlaubt werden.
	Finanzierung: Eine Finanzierung über «Kopfprämien» wirkt sich schlecht auf die Behandlungsqualität aus. Ein Blick nach Deutschland reicht aus. Viele Deutsche aus dem Grenzgeiet kommen wegen der schlechten Versorgung und langer Wartezeiten in Deutschland zur Behandlung in die Schweiz. Die aktuelle CoVid-Lage zeigt, dass ein gesundes Gesundheitssystem mit gutem Zusammenarbeiten Aller in niedrigere Mortalitätszahlen führt. Falls Gesundheit und eine gesamtgesellschaftliche Versorgung nicht mehr gewünscht werden, muss dies zuvor durch die Gesamtgesellschaft entschieden und gewählt werden.
	Vernetzung: Eine bessere Vernetzung im Grossen ist wünschenswert. Sie führt zu besserer Versorgung. Ausserdem eine genügende Personalsituation und eine Kommunikation/Dokumentation, die durch spezialisiertes Personal ausgeführt wird. Dadurch würde unmittelbar am Patienten tätiges medizinisches Personal seine Kernkompetenz ausüben können. Aktuell sind Ärzte zum Beispiel mit bis zu 30% administrativen Tätigkeiten belastet.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SSIPM	21	2		Zweifelhafter Datenschutz	Bitte streichen
	32	2		Das ist nicht in der Kompetenz des Bundesrates allein	Nationalrat/Ständerat/Volksbefragung
	36	b		Das ist nicht in der Kompetenz des Bundesrates allein	Nationalrat/Ständerat/Volksbefragung
	40a	3		Bitte beachten Sie die Bemerkung unter AAV. Die SSIPM begrüsst ausdrücklich die Stärkung der Grundversorger. Demoskopische Entwicklung und medizinischer Fortschritt sorgen für eine enorme Belastung der Grundversorger. Aus- und Weiterbildung erfordern viel Zeit und Einsatz. Dennoch sind Spezialisten auch als Erstversorger notwendig, um Kosten zu dämpfen und Behandlungen bedarfsgerecht zu behandeln.	Spezialisten als Erstversorger müssen erlaubt sein
	40c			Eine Kopfpauschale hat sich als unwirksam zur Kostendämpfung erwiesen und mindert massiv die Behandlungsqualität. Eine Kopfpauschale führt zu einer Leistungsausweitung durch verkürzte Konsultationszeiten, die in eine Mehrnutzung apparativer Medizin und schlechter Anamneseerhebung sowie mangelnder Beratung führt. Wollen Sie wirklich die 6-8 Minutenkonsutationen einführen, die alle Beteiligten frustrieren und zu deutlich mehr Kosten führen?	Realistische und bedarfsorientierte Vergütung nach Tarifierung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern Gleichstellung ambulanter und stationärer Tarife, damit eine einheitliche Finanzierung und patientenorientierte, bedarfsgerechte Behandlung
	54			Die Kostenentwicklung bildet die Bevölkerungsentwicklung und den medizinischen Fortschritt ab. Sie ist moderat und volkswirtschaftlich verkraftbar. Leider fliesst zu viel Geld nicht in	Kostenziele führen zu einem Hase-Igel-Spiel, dass sich in Deutschland gut beobachten lässt. Nur sind die Hasen dort die Abrechnungsspezialisten der

				tatsächliche Patientenversorgung, sondern in Adminstration. Zudem kosten inadäquat behandelte Patienten nachweislich durch indirekte Kosten mehr als die tatschlich therapierten Patienten. Kostenziele führen zwangsläufig zu einer Rationierung der Leistungen. Indirekt steht die Möglichkeit zur Diskussion, dass unnötige Leistungen erbracht werden und Kostentreiber seien. Dann müssen diese identifiziert und nicht mehr vergütet werden. Dazu bedarf es einer Betrachtung mittels Studienlage, Erfahrung und Schaffen einer gleichen diagnostischen und therapeutischen Qualität. Ausschliesslich ökonomische Perspektive widerspricht dem Ziel der Humanmedizin und der Solidaritätsgemeinschaft. Personalisierte Medizin komplexer Patienten aller Entitäten ist mittels Algorhythmen nicht möglich. Kostenziele führen zu Wartezeiten, zu Verschiebungen von Behandlungen und Eingriffen mit negativen Folgen für alle Patienten. Dies kann dazu führen, dass den Patientinnen und Patienten Behandlungen, Therapien und Eingriffe vorenthalten werden, auf welche sie gemäss dem Versicherungsprinzip Anspruch haben. Ein Gutachten zeigt, dass Massnahmen wie Globalbudgets, Zielvorgaben bzw. Kostenziele und degressive Tarife nicht verfassungskonform sind, weil sie dem Versicherungsprinzip widersprechen. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass gemäss einer Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) von 2019, welche die Kantone mit und ohne Kostenziele verglich, keinen kostendämpfenden Effekt von Globalbudgets entdecken konnte. Die Tarifpartner mit Tardoc haben vor über einem Jahr einen vollständig revidierten ambulanten Tarif vorgelegt. Dieser sieht auch verbindliche Korrekturmassnahmen vor. Der Bundesrat ist aufgefordert, diesen neuen Tarif zuerst zu genehmigen, bevor er so einschneidende Massnahmen wie	Kostenträger und die Igel die Kontroller.

				Zielvorgaben zur Diskussion stellt.	
	53	a-d		Für sachgerechte Korrekturen im ambulanten Tarif sind die Tarifpartner zuständig, die dem Bundesrat mit Tardoc überdies bereits verbindliche Korrekturmechanismen vorgelegt haben. Eine jährliche Anpassung erscheint schwierig, weil zum Jahresbeginn nicht alle notwendigen Daten vorliegen können. Sollte der Kostendeckel vor Ablauf des Jahres erreicht, müssen bis zum Ende des Jahres ohne Vergütung erbracht werden oder zu Lasten der Versicherten verschoben werden. Das ist ebenfalls in Deutschland zu verifizieren. Die Bewertung der Ziele bezieht sich in Artikel 54 allein auf die Kosten. Eine medizinische Beurteilung ist nicht vorgesehen.	Tarifverhandlungen wie bis anhin. Gemeinsame Beurteilung der medizinischen Versorgung durch Kostenträger, Leistungserbringer aller Fachrichtungen und Patienten anhand vereinfachter Datenanalysen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

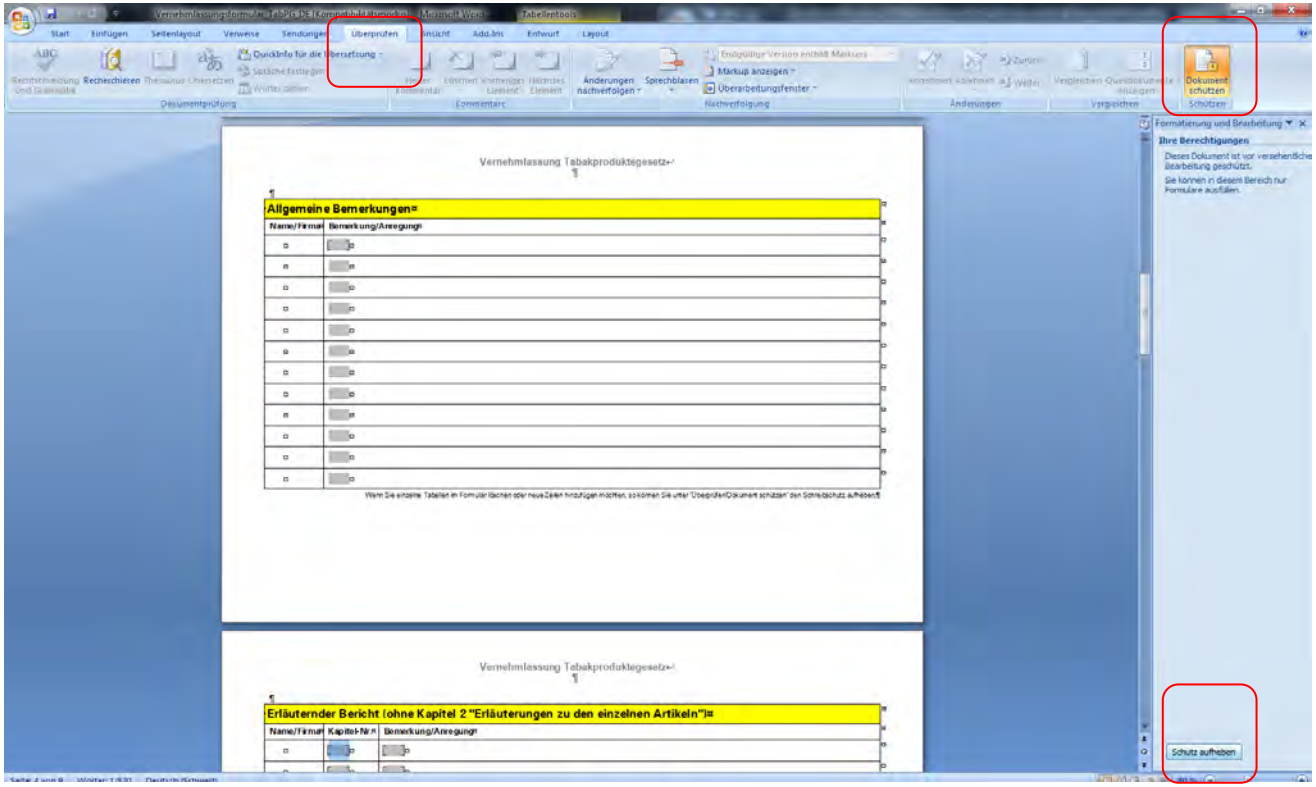
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
SSIPM			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

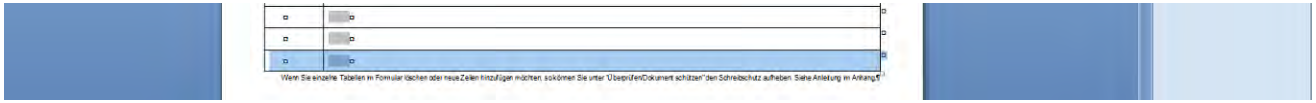
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



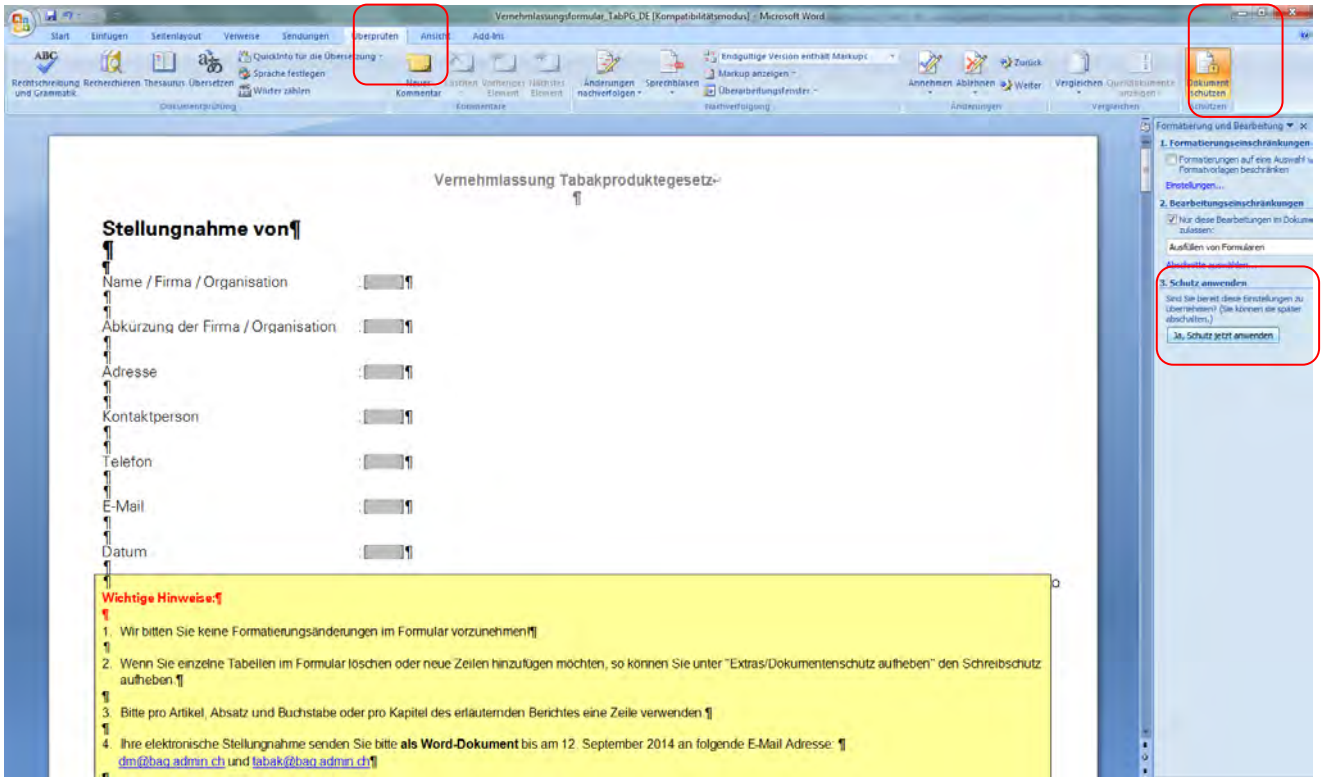
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : SSO

Adresse : Münzgraben 2, 3001 Bern

Kontaktperson : RA Simon Gassmann/ RA Ivo Bühler

Telefon : 031 313 31 31

E-Mail : sekretariat@sso.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 8

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 9

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SSO	Das Schweizerische Krankenversicherungsrecht basiert auf den Grundprinzipien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Nur wirksame Therapien die unter Berücksichtigung von Nutzen und Schaden geeignet sind, deren Erforderlichkeit, Zumutbarkeit sowie die Verhältnismässigkeit des Mitteleinsatzes unter Betrachtung von deren Nutzen und Kosten gegeben sind, sollen bezahlt werden. Damit sind unnötige, unverhältnismässige und unwirksame Therapien ausgeschlossen. Mit anderen Worten sollen nur solche Therapien bezahlt werden, welche für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Sind die Gesundheitskosten zu hoch, so stellt sich primär die Frage, ob Therapien bezahlt werden, welche für die Versorgung der Bevölkerung nicht notwendig sind. Sollte es solche geben, so wäre dort anzusetzen. Das blosse Fordern von Einsparungen führt jedoch zu einer Rationierung der Gesundheitsversorgung bei Leistungen die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Dies widerspricht dem verfassungsmässigen Auftrag der Krankenversicherung, welcher eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität verlangt (Art. 117a BV). Wir setzen uns für ein freiheitliches tarifpartnerschaftliches Gesundheitswesen ein und lehnen deshalb rein kostenorientierte staatliche Eingriffe in die Hoheit der Tarifpartner ab. Es ist nicht ersichtlich, weshalb die Krankenversicherer als Tarifpartner Verträge abschliessen sollten, welche Leistungen abgelten, die den gesetzlichen WZW-Kriterien nicht entsprechen. Nichts anderes hiesse es denn, wenn der Staat zu Gunsten der Versicherten in die Tariffreiheit eingreift. Aus diesem Grund lehnen wir Zielvorgaben für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ab. Ebenfalls abgelehnt wird die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle. Die freie Arztwahl muss gewährleistet bleiben. Das KVG kennt bereits genügend Instrumente, um gegen Leistungserbringer, welche zu hohe Kosten verursachen, vorzugehen. Ein Vorteil einer Erstberatungsstelle gegenüber dem heutigen System der freien Arztwahl ist nicht erwiesen, wählen doch vielmehr Versicherte mit guten Risiken solche Modelle, um Kosten zu sparen. Zahnärztliche Behandlungen sind jedenfalls von der Erstberatung auszunehmen. Die Einführung von Netzwerken als Leistungserbringer ist nebulös. Es ist unklar, wer schlussendlich Leistungserbringer ist. Wer haftet gegenüber dem Patienten. Welche qualitativen Vorgaben müssen solche Netzwerke erfüllen. Wer bestimmt, zu welchen Tarifen die Medizinalpersonen einem Netzwerk Rechnung stellen. Es sollen keine neuen Tarifbestimmungen für Netzwerke geschaffen werden. Alle Leistungserbringer sollen die gleichen Voraussetzungen haben. Die Massnahme ist im Gesetz ungenügend umschrieben und stellt somit keine genügende gesetzliche Grundlage dar. Wir befürchten eine Rosinenpickerei der Netzwerke sowie die Einführung der Vertragsfreiheit durch die Hintertür und lehnen diese Massnahme deshalb ab. Die Einführung von Programmen der Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer über den ganzen Betreuungsprozess hinweg kann positive Effekte haben. Diese Programme müssen jedoch auf Freiwilligkeit basieren und dürfen nicht erzwungen werden. Es ist bereits

	heute so, dass die meisten Patienten sich von ihrem Hausarzt entsprechend steuern lassen. Diese Zusammenarbeit existiert somit bereits in vielen Fällen. Schliesslich lehnen wir den beantragten Eingriff des Staates in die Regelung der elektronischen Rechnungsübermittlung ab. Die Leistungsabrechnung ist regelmässig Teil der Tarifverhandlungen. Nur die Tarifpartner als direkt betroffene können dafür garantieren, dass die getroffenen Lösungen verhältnismässig und umsetzbar sind. Das Abrechnungssystem funktioniert seit Jahren gut und es besteht kein Anlass für staatliche Eingriffe.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SSO	21			Der Zugriff auf die Daten einzelner Versicherter und einzelner Leistungserbringer ist zur Umsetzung der Krankenversicherung nicht notwendig. Wenn der Staat Daten sammelt, die zur Aufgabenerfüllung nicht notwendig sind, so verletzt er damit die Grundregeln des Datenschutzes.	Antrag: Auf die Anpassung von Art. 21 ist zu verzichten.
SSO	32	3		Das bestehende funktionierende tarifpartnerschaftliche Kontrollsystem gemäss Art. 56 KVG soll nicht durch staatliche Eingriffe mit alleinigem Ziel der Kostenersparnis ersetzt werden. Zudem hat der Bundesrat schon heute genügend Eingriffsmöglichkeiten. Eine Überregulierung braucht es nicht.	Antrag: Auf die Anpassung von Art. 32 Abs. 3 ist zu verzichten.
SSO	35	2	o	Wie nachfolgend ausgeführt wird, lehnen wir die Einführung von Netzwerken als neue Kategorie von Leistungserbringern ab.	Antrag: Art. 35 Abs. 2 ist ersatzlos zu streichen.
SSO	36b			Es ist unklar, wer schlussendlich Leistungserbringer ist. Wer haftet gegenüber dem Patienten. Welche qualitativen Vorgaben müssen solche Netzwerke erfüllen? Wer bestimmt, zu welchen Tarifen die Medizinalpersonen einem Netzwerk Rechnung stellen? Es sollen keine neuen Tarifbestimmungen für Netzwerke geschaffen werden. Alle Leistungserbringer sollen die gleichen Voraussetzungen haben. Die Massnahme ist im Gesetz ungenügend umschrieben und stellt somit keine genügende gesetzliche Grundlage dar. Wir befürchten eine Rosinenpickerei der Netzwerke sowie die Einführung der Vertragsfreiheit durch die Hintertür und lehnen diese Massnahme deshalb ab.	Antrag: Art. 36b ist ersatzlos zu streichen.

SSO	40a-d, Art. 41 und 41a			Das Volk hat im Jahr 2012 die Einführung von «managed-care-Modellen deutlich abgelehnt. Diese sollen nun neu eingeführt werden. Wir sprechen uns gegen die obligatorische Einführung einer Erstberatungsstelle aus. Solche Modelle sind bereits heute freiwillig möglich. Kosteneinsparungen sind nicht erwiesen und basieren primär auf Risikoselektion. Wie bereits oben ausgeführt, lehnen wir die Einführung von Netzwerken als Leistungserbringer aus den genannten Gründen ab. Die freie Arztwahl muss gewährleistet bleiben. Zahnärztliche Behandlungen sind jedenfalls von der Erstberatung auszunehmen.	Antrag: Die Art. 40a-c sowie die Anpassungen von Art. 41 und 41a sind ersatzlos zu streichen.
SSO	42	3ter		Wir lehnen diesen Eingriff in die Vertragsfreiheit ab. Die Vertragsparteien haben diese Frage schon längst geregelt. Sie berücksichtigen dabei sinnvolle Synergien. Der Staat hat nicht die notwendige Kompetenz die Abrechnungsmodalitäten zu Regeln.	Antrag: Der Anpassungsvorschlag ist ersatzlos zu streichen.
SSO	48a			Wir lehnen die Einführung von Pauschalbudgets ab. Diese führen zu Leistungsrationierungen sobald das Budget ausgeschöpft ist. Der Wettbewerb soll qualitativ stattfinden und nicht über Billigleistungen zu Lasten des Patienten. Aus den bereits genannten Gründen lehnen wir die Einführung von Netzwerken als Leistungserbringer ab.	Antrag: Art. 48a ist ersatzlos zu streichen.
SSO	52c			Diese Bestimmung steht im Widerspruch zu Art. 56 HMG welche für die Transparenz im Heilmittelbereich steht. Diese Geheimabkommen widersprechen dem Prinzip von Treu und Glauben, verletzen das Willkürverbot und sind somit abzulehnen.	Antrag: Art. 52c ist ersatzlos zu streichen.
SSO	54,54a-e und 55			Zielvorgaben sind mit Rationierungen verbunden. Wie sollen die Patienten versorgt werden, wenn die Zielvorgabe der Kostenentwicklung erreicht ist? Dieses System führte in anderen Ländern dazu, dass Patienten auf eine Behandlung warten müssen. Wer privat versichert ist, wird zuerst behandelt. Das	Antrag: Die Anpassung von Art. 54 sowie die neuen Art. 54a-e sind zu streichen.

				nennt man Zweiklassenmedizin. Wir lehnen deshalb die Einführung von Globalbudgets ab.	
SSO	64	Abs. 7	b	Die Leistungen der Zahnärzte sind auf Fälle begrenzt, welche nicht durch Eigenverantwortung der Patienten vermieden werden können. Diese Leistungen sind somit analog vom Selbstbehalt zu befreien.	Antrag: Art. 64 Abs. 7 lit. b ist wie folgt zu ergänzen: …Folgende Leistungen sollen, zeitlich befristet, von der Kostenbeteiligung befreit sein: … - zahnärztliche Behandlungen (Art. 31) …
SSO	64	Abs. 7	c	Da wir die Erstberatungsstellen ablehnen, ist auch Art. 64 Abs. 7 lit. c zu streichen	Antrag: Art. 64 Abs. 7 lit. c ist zu streichen.

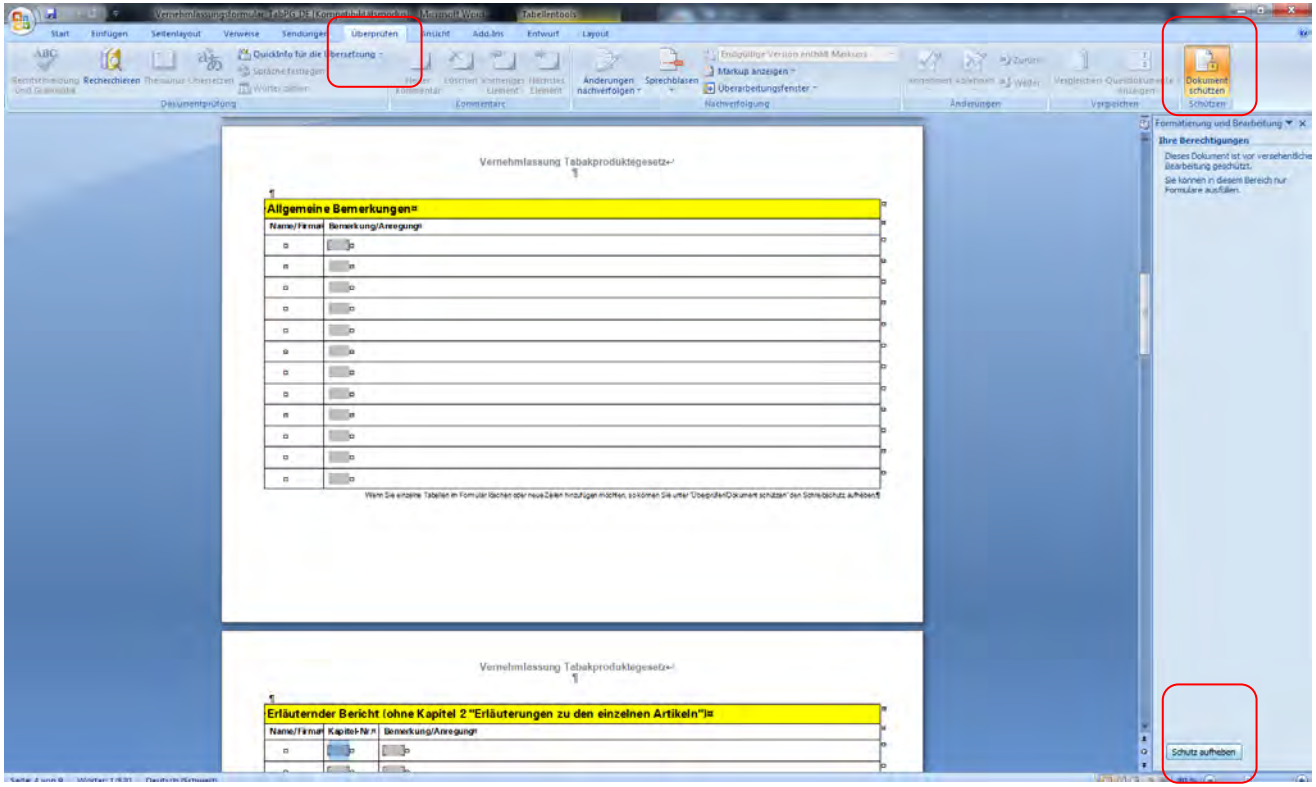
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

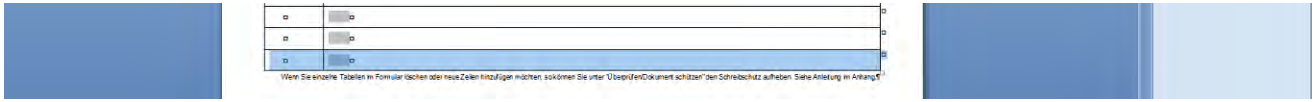
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



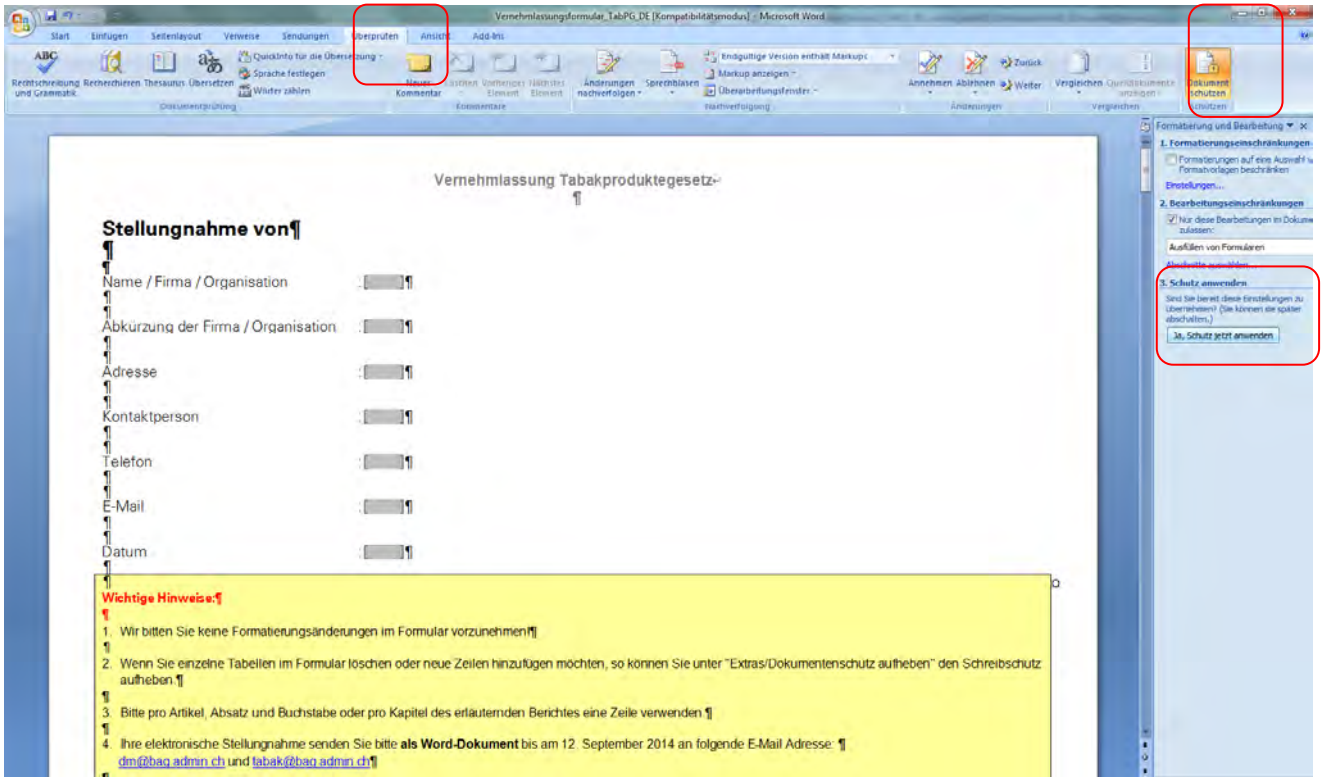
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Società Ticinese di Dermatologia e Venerologia

Abkürzung der Firma / Organisation : STDV

Adresse : via Sant'Anna 1, 6924 Sornego

Kontaktperson : Petros Michalopoulos

Telefon :

E-Mail : petros.michalopoulos@bluewin.ch

Datum : 25.10.20

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
STDV	Die Tessiner Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (STDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen im Kanton Tessin. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 30 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat die SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D

	und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die STDV lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die STDV erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen

	Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
STDV	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
STDV	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
STDV	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
STDV	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
STDV	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

STDV	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die STDV kategorisch ab.	
STDV	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
STDV	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
STDV	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
STDV	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
STDV	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
STDV	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

STDV	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
STDV	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die STDV lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
STDV	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
STDV	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
STDV	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
STDV	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dr. med. Judit Maria Steinmann :
Fachärztin für Dermatologie FMH :
Henric Petri-Strasse 19 :
4051 Basel :

061 2 83 19 19 :
praxis.dr.steinmann@hin.ch :

27.10.20 :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 7

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Ich bin als frei praktizierende Dermatologin in eigener Praxis tätig. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Ich verweise diesbezüglich auf detaillierten Positionsbezüge der Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV): https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie die IchKommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in

	welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und

	umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche

	Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Ich bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanke mich für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr. Steinmann	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Susanna Ruch, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Abkürzung der Firma / Organisation	: SR
Adresse	: Steinenring 52, 4051 Basel
Kontaktperson	: Susanna Ruch, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Telefon	: 061 271 28 19
E-Mail	: susanna.ruch@hin.ch
Datum	: 16. November 2020

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SR	Die SR spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
SR	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
SR	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
SR	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
SR	Die SR wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
SR	21	2		Die SR wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die SR ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

SR	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
SR	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
SR	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
SR	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
SR	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
SR	41a				Analog 40a-d anzupassen.
SR	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

SR	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der SR geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
SR	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
SR	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

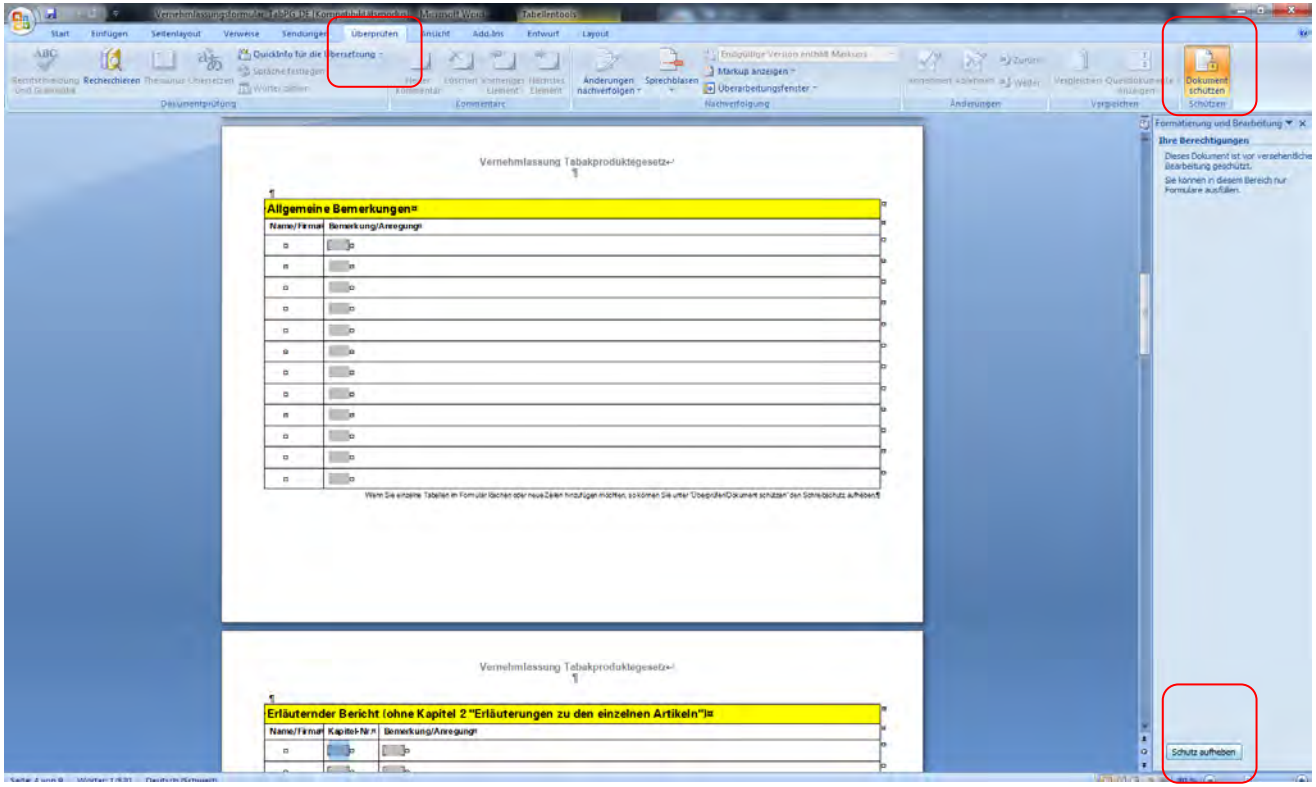
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

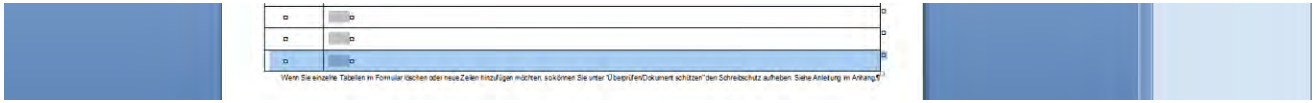
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



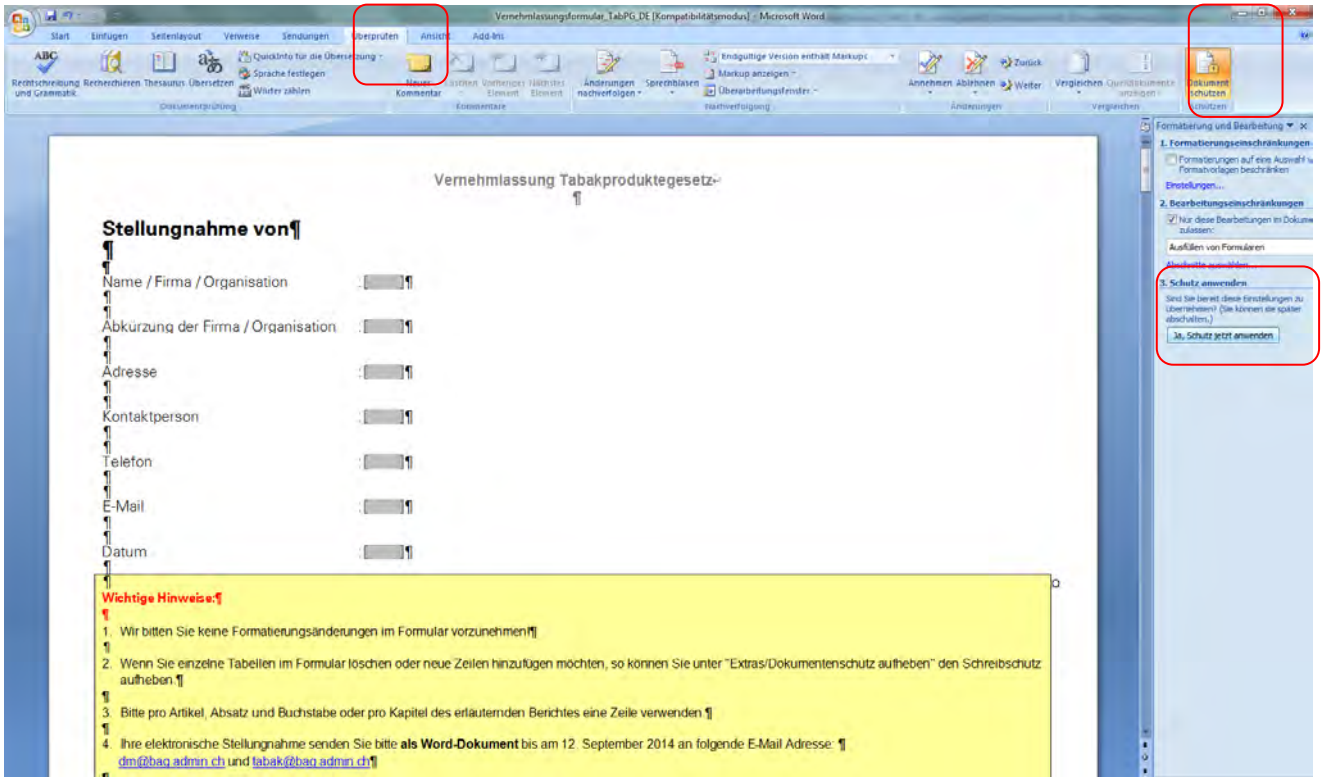
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Susanne Koch, Hautärztin in Niederlassung in Givisiez, FR (GIVIMED)

Abkürzung der Firma / Organisation : Givimed

Adresse : Givimed : Route André Piller 16, 1762 Givisiez

Kontaktperson : Dr Susanne Koch

Telefon : +41 26 466 15 05

E-Mail : koch.givimed@hin.ch

Datum : 12.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr Koch	Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

	- **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich, Dr Koch, erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.

	Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr Koch	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Dr Koch	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dr Koch	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Dr Koch	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Dr Koch	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Dr Koch	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Dr Koch	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Dr Koch	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Dr Koch	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dr Koch	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dr Koch	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Dr Koch	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

Dr Koch	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Dr Koch	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dr Koch	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dr Koch	54			Ich lehne jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Dr Koch	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dr Koch	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : svbg

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Claudia Galli

Telefon : 031 313 88 46

E-Mail : cl.galli@svbg-fsas.ch

Datum :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 8

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
svbg	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Kostendämpfungspaket II Stellung zu nehmen. Der svbg als grösster nationaler Dachverband von Berufsorganisationen im Gesundheitswesen vereint 14 Verbände mit insgesamt rund 50'000 Fachpersonen im Gesundheitswesen. Der svbg steht damit ein insbesondere für die Anliegen und Interessen kleiner Berufsgruppen und der nicht-ärztlichen Leistungserbringer. Die Mitgliedverbände: **Aktivmitglieder** – Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK / ASI www.sbk-asi.ch – Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA, www.sva.ch – ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS / ASE, www.ergotherapie.ch – Kinaesthetics Schweiz, www.kinaesthetics.ch – Schweizerischer Berufsverband der Biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker labmed www.labmed.ch – Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen SVDE / ASDD, www.svde-asdd.ch – LangzeitSchweiz, Fachverband für Langzeitpflege und –betreuung, www.langzeitschweiz.ch – Homöopathie Verband Schweiz HVS, www.hvs.ch – Swiss Orthoptics, www.orthoptics.ch – Schweizerische Berufsverband für Angewandte Psychologie SBAP, www.sbap.ch – Schweizerischer Verband für Fussreflexzonentherapie SVRT, www.svrt.ch **Passivmitglieder** – Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen & Logopäden, www.logopaedie.ch – Schweizerischer Verband des Personals öffentlicher Dienste vpod / ssp, www.vpod-ssp.ch – SYNA – Die Gewerkschaft Gesundheits- und Sozialwesen, www.syna.ch
svbg	**Zu den Kostenzielen**: **Der Vorschlag, ein jährliches Kostenziel festzulegen und auf Kostenblöcke zu verteilen, dies kantonal umzusetzen und Massnahmen im Bereich der Tarife anzusetzen ist für uns inakzeptabel und wir lehnen ihn ausdrücklich ab**. Der einseitige Fokus auf Korrekturmassnahmen im Tarifbereich untergräbt Bemühungen zu einer Verbesserten koordinierten Zusammenarbeit und gefährdet am Ende die Patientensicherheit. Bei einer Verteilung (nach unklaren Regeln) der Gelder auf Kostenblöcke kommen kleine Leistungserbringer-Gruppen besonders unter Druck Es wird ein bürokratischer Koloss gebildet, welcher die Verbände der Leistungserbringer und die Krankenversicherer in eine Dauer-

	Verhandlungssituation zwingt, die insbesondere von kleineren Berufsverbänden nicht bewältigt werden kann und viel zu viele Ressourcen aller Beteiligter unnötig bindet. Korrekturmassnahmen sind ausschliesslich auf Ebene Tarifanpassungen vorgesehen und treffen einzelne Kostenblöcke und damit Leistungserbringergruppen. Ein Teil der Kosten entsteht aber gerade an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern; diese müssten u.a. durch Stärkung der koordinierten Zusammenarbeit reduziert werden und nicht durch rein finanzielle Zielvorgaben. Patientensicherheit und Qualitätssicherung sind zentrale Elemente des KVG und der Berufsethik der Gesundheitsberufe: Eine Steuerung und Korrekturmassnahmen rein auf der Tarifebene straft diesen Anspruch Lügen und gefährdet ebendiese. Wir verzichten auf Bemerkungen zu einzelnen Artikeln betreffend die Kostenziele.
svbg	**Zur Erstberatungsstelle**: Grundsätzlich begrüssen wir die Idee einer ersten Anlaufstelle für jede/n Versicherte/n. Nicht umsonst war der svbg 2008 beteiligt an der Entwicklung des Modells «Persönliche Gesundheitsstelle», die jetzt in Form der «Beratungs- und Koordinationsstelle» BKS vom Netzwerk Gutes Alter für Alle wieder in die Diskussion gebracht wurde. Eine obligatorische Erstberatungsstelle wie sie in der Vorlage definiert ist, mit einem isolierten Auftrag, eine erste Einschätzung und Weiter-Verordnung vorzunehmen, verfehlt jedoch aus unserer Sicht das Ziel: Es macht im Hinblick auf eine besser koordinierte Versorgung und aus Patientensicht wenig Sinn, eine Erstberatungsstelle ohne Koordinationsauftrag als Obligatorisch zu erklären - im Gegenteil wird damit die Fragmentierung der ambulanten Leistungserbringung weiter gestützt. Eine Erstberatung müsste gekoppelt sein mit einem Koordinationsauftrag – und könnte daher am besten von Netzwerken koordinierter Versorgung übernommen werden. Auch wird argumentiert, mit der Erstberatungsstelle solle die ambulante Grundversorgung gestärkt werden: dem Verfassungsartikel 117a wird jedoch zu wenig Rechnung getragen, laut dessen die medizinische Grundversorgung ein Zusammenspiel verschiedener Gesundheitsfachpersonen umfasst. De facto wird mit dem Vorschlag zementiert, dass ausschliesslich ÄrztInnen die ersten Ansprechpersonen sein können. Insbesondere in der Begleitung chronisch Erkrankter ist es nicht mehr zeitgemäss, ausschliesslich ärztliche Fachpersonen als Erstberatende Personen einzusetzen. Entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachpersonen können je nach Problematik hier die Funktion der ersten Anlaufstelle übernehmen (Advanced Practice Nurses, Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder auch entsprechen ausgebildete ErgotherapeutInnen oder Ernährungsberaterinnen). Auch wählen de facto heute schon rund 70% der Versicherten das Hausarztmodell – Erstberatung und darauffolgende Koordination findet damit also schon statt. Problematisch ist hingegen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination aller Beteiligter nicht entschädigt wird. Auf dem Hintergrund dass wir die Erstberatungsstelle sehr kritisch einschätzen, verzichten wir im folgenden auf Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikel betreffend Erstberatungsstelle.

svbg	**Zu den Netzwerken koordinierter Versorgung**: grundsätzlich unterstützen wir eine Stärkung der koordinierten Versorgung sehr und finden es einen interessanten Vorschlag, dass koordinierte Netzwerke als Leistungserbringer anerkannt werden können. Es ist jedoch zu bedenken, dass grundsätzlich schon basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können – das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke. Insbesondere unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke auch explizit einen Koordinationsauftrag haben. Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend mit einbezogen werden. Auch ist sicherzustellen, dass bei den Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke kein zu enger Rahmen gesteckt wird, damit sich lokal und regional sinnvolle Netzwerke bilden können. Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben sollen, Leistungen über die gesamte Behandlungskette auch mit Leistungserbringern ausserhalb des Netzwerks zu koordinieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in der Behandlungskette komplexer/multimorbider Situationen häufig auch eine Koordination mit Leistungserbringern aus dem sozialen Bereich oder der Psychologieberufe notwendig ist. Es ist daher sicherzustellen, dass diese Koordinationsleistungen auch als Auftrag der Netzwerke definiert werden und entsprechend entschädigt werden. Eine pauschale Vergütung aller Leistungen der koordinierten Netzwerke lehnen wir ab. Wir befürchten einerseits, dass damit falsche Anreize zu Einsparungen bei den kleinen Berufsgruppen gesetzt werden. Andererseits kann damit unterschiedlichen Ausgestaltungen der Netzwerke aufgrund unterschiedlicher lokaler/regionaler oder demografischer Gegebenheiten nicht Rechnung getragen werden. Ausserdem wird damit ein finanzieller Rahmen gesteckt, der verunmöglicht, auch Leistungen, die nicht in Art. 25 bis 31 erwähnt sind, ins Netzwerk einzubinden (z.B. psychologische Beratungsgespräche). Zwingend vertraglich zu regeln ist hingegen eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligter Berufsgruppen. Weitere Bemerkungen zu einzelnen Punkten zu den Netzwerken siehe unten
svbg	**Zu den Programmen der Patientenversorgung**: Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich.

	Jedoch erwarten wir, dass solche Patientenprogramme auch ohne ärztliche Leitung angeboten werden können. Es muss ermöglicht werden, dass entsprechend ausgebildete Fachpersonen wie Advanced Practice Fachpersonen der Pflege, Ergotherapie, Ernährungsberatung Patientenprogramme leiten und bei Bedarf selbstverständlich die ärztliche Expertise hinzuziehen. Wird dies hier nicht geöffnet, verpasst man die Chance, ernsthaft die interprofessionell aufgestellte Grundversorgung zu fördern. Die entsprechenden Leistungserbringer sind zwingend in die Erarbeitung der zugehörigen Verordnungen einzubeziehen. Weitere Bemerkungen zu den Details der Programme siehe unten.
svbg	**Zum fehlenden Präventionsgedanken:** Als Mitglied der Allianz ‚Gesunde Schweiz' setzen wir uns zusammen mit über 40 nationalen Organisationen für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz ein. Die zahlreichen, von diversen Mitgliedorganisationen der Allianz angebotenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

	Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[2][3][4] Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen ausserdem die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[5] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[6] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[7]

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[2] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[3] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[4] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[5] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[6] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[7] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Svbg	25	2	i	Wir begrüssen, dass die Leistungen von strukturierten Programmen durch die OKP übernommen werden. Allerdings mit der Einschränkung dass die Programme nicht ärztlich geleitet sein müssen. Entsprechend ausgebildete andere Gesundheitsberufe können durchaus diese Leitung auch übernehmen (siehe allgemeine Bemerkungen zu den Programmen); die Voraussetzungen dazu können geregelt werden.	Leistungen, die im Rahmen von ärztlich *oder durch entsprechend ausgebildete andere Leistungserbringer* geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.
svbg	32	3		Diese Regelungen zur Überprüfung der Patientenprogramme sind zwingend unter Einbezug der Fachexpertise der involvierten Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Verbände zu entwickeln.	Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksam-keit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang *unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer*
svbg	33	3bis		Strukturierte Patientenprogramme müssen nicht zwingend ärztlich geleitet sein (siehe allgemeine Bemerkungen). Die genauen Bedingungen, welche durch die Leitung erfüllt werden müssen, können in den Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen, geregelt werden.	Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ~~ärztlich geleiteten,~~ strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedür-fen der Genehmigung des EDI.
Svbg	36b			Wie oben schon ausgeführt ist zu bedenken, dass grundsätzlich schon basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können –	

				das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke.	
	36b	1	a	Grundsätzlich unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke Leistungen nach Artikeln 25 – 31 erbringen sollen, allerdings ist eine gewissen Flexibilität offen zu halten, weil es lokal/regional nicht für jedes Netzwerk Sinn macht, alle in Art. 25-31 erwähnten Leistungen gleichermassen zu erbringen	
	36b	1	b	Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben, auch die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherzustellen. Allerdings ist hier auch klarzustellen, dass diese Leistungserbringer auch aus den Psychologieberufen oder dem sozialen Bereich kommen können – die Koordinationsleistungen auch mit diesen Fachpersonen sind ebenfalls zu entschädigen.	klarstellen, dass diese Leistungserbringer auch aus den Psychologieberufen oder dem sozialen Bereich kommen können
	36b	2		Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend mit einbezogen werden.	Der Bundesrat legt *unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer* die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen
	36b	3	a	Es ist nicht zwingend, dass der Arzt/die Ärztin, der/die im Netzwerk eingebunden ist, auch zwingend die Leitung des Netzwerks bzw. des Koordinationszentrums übernimmt. Es müssen auch andere (kooperative, interprofessionelle) Modelle von Leadership in den Netzwerken umgesetzt werden können. Dass ein Arzt/eine Ärztin weiterhin weitere Leistungen verordnet, bleibt damit unangetastet.	die Anforderungen an *die Fachperson* ~~den Arzt oder die Ärztin, der oder~~ die das Netzwerk leitet;

	36b	3	b	Zum Fachpersonal gehören selbstverständlich auch die Ärzte/Ärztinnen, die dem Netzwerk angehören	
	36b	3	c	Hier ist sicherzustellen, dass bei der Definition der Leistungen, die ein Netzwerk zwingend erbringen muss, auf Kernelemente fokussiert wird, damit lokalen/regionalen und demografischen Gegebenheiten Rechnung getragen werden kann. Es muss möglich sein, dass Netzwerke z.B. auch strukturierte Patientenprogramme anbieten.	
	48a			Eine pauschale Vergütung der gesamten Leistungen der Netzwerke lehnen wir ab. Diese kann unterschiedlichen Ausgestaltungen der Netzwerke aufgrund unterschiedlicher lokaler/regionaler oder demografischer Gegebenheiten nicht Rechnung tragen. Zwingend vertraglich zu regeln ist eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligter Berufsgruppen, nicht nur jener, die Teil des «primären Kreises» sind, sondern auch jener die zum «Kooperationskreis» gehören oder mit denen über diese Grenzen hinweg kooperiert wird.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen

Abkürzung der Firma / Organisation : SVDE ASDD

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Gabi Fontana

Telefon : 031 313 88 70

E-Mail : gabi.fontana@svde-asdd.ch

Datum : 19. Nov. 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 7

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Kostendämpfungspaket II Stellung zu nehmen. Der SVDE vereint die gesetzlich nach GesBG Art. 2 anerkannten Ernährungsberater/innen der Schweiz seit 1942. Mit seinen über 1‘450 Mitgliedern bringt er rund 80% der Berufsgruppe zusammen.
	Zu den Kostenzielen: **Der Vorschlag, ein jährliches Kostenziel festzulegen und auf Kostenblöcke zu verteilen, dies kantonal umzusetzen und Massnahmen im Bereich der Tarife anzusetzen ist für uns inakzeptabel und wir lehnen ihn ausdrücklich ab**. Der einseitige Fokus auf Korrekturmassnahmen im Tarifbereich untergräbt Bemühungen zu einer verbesserten koordinierten Zusammenarbeit und gefährdet am Ende die Patientensicherheit. Bei einer Verteilung (nach unklaren Regeln) der Gelder auf Kostenblöcke kommen kleine Leistungserbringer-Gruppen besonders unter Druck. Es wird ein bürokratischer Koloss gebildet, welcher die Verbände der Leistungserbringer und die Krankenversicherer in eine Dauer-Verhandlungssituation zwingt, die insbesondere von kleineren Berufsverbänden nicht bewältigt werden kann und viel zu viele Ressourcen aller Beteiligten unnötig bindet. Korrekturmassnahmen sind ausschliesslich auf Ebene Tarifanpassungen vorgesehen und treffen einzelne Kostenblöcke und damit Leistungserbringergruppen. Ein Teil der Kosten entsteht aber gerade an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern; diese müssten u.a. durch Stärkung der koordinierten Zusammenarbeit reduziert werden und nicht durch rein finanzielle Zielvorgaben. Patientensicherheit und Qualitätssicherung sind zentrale Elemente des KVG und der Berufsethik der Gesundheitsberufe: Eine Steuerung und Korrekturmassnahmen rein auf der Tarifebene straft diesem Anspruch Lügen und gefährdet ebendiese. Wir verzichten auf Bemerkungen zu einzelnen Artikeln betreffend die Kostenziele.
	Zur Erstberatungsstelle: Grundsätzlich begrüssen wir die Idee einer ersten Anlaufstelle für jede/n Versicherte/n. Eine obligatorische Erstberatungsstelle wie sie in der Vorlage definiert ist, mit einem isolierten Auftrag, eine erste Einschätzung und Weiterverordnung vorzunehmen, verfehlt jedoch aus unserer Sicht dieses Ziel: Es macht im Hinblick auf eine besser koordinierte Versorgung und aus Patientensicht wenig Sinn, eine Erstberatungsstelle ohne Koordinationsauftrag als obligatorisch zu erklären - im Gegenteil wird damit die Fragmentierung der ambulanten Leistungserbringung weiter gefördert. Eine Erstberatung müsste gekoppelt sein mit einem Koordinationsauftrag und könnte daher am besten von Netzwerken koordinierter Versorgung übernommen werden. Auch wird argumentiert, mit der Erstberatungsstelle solle die ambulante Grundversorgung gestärkt werden: dem Verfassungsartikel 117a wird

	jedoch zu wenig Rechnung getragen, laut dessen die medizinische Grundversorgung ein Zusammenspiel verschiedener Gesundheitsfachpersonen umfasst. De facto wird mit dem Vorschlag zementiert, dass ausschliesslich Ärztinnen und Ärzten die ersten Ansprechpersonen sein können. Insbesondere in der Begleitung chronisch Erkrankter ist es nicht mehr zeitgemäss, ausschliesslich ärztliche Fachpersonen als Erstberatende Personen einzusetzen. Entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachpersonen können je nach Problematik hier die Funktion der ersten Anlaufstelle übernehmen (Advanced Practice Nurses oder auch entsprechen ausgebildete Ernährungsberater/innen oder weitere entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachpersonen). Heute wählen schon rund 70% der Versicherten das Hausarztmodell – Erstberatung und darauffolgende Koordination findet somit bereits statt. Problematisch ist hingegen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination aller Beteiligter nicht entschädigt wird. Auf dem Hintergrund, dass wir die Erstberatungsstelle sehr kritisch einschätzen, verzichten wir im Folgenden auf Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikel betreffend Erstberatungsstelle.
	Zu den Netzwerken koordinierter Versorgung: grundsätzlich unterstützen wir eine Stärkung der koordinierten Versorgung sehr und finden es einen interessanten Vorschlag, dass koordinierte Netzwerke als Leistungserbringer anerkannt werden können. Es ist jedoch zu bedenken, dass basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen schon Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können – das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke. Insbesondere unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke auch explizit einen Koordinationsauftrag haben. Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die Verbände der betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend miteinbezogen werden. Auch ist sicherzustellen, dass bei den Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke kein zu enger Rahmen gesteckt wird, damit sich lokal und regional sinnvolle Netzwerke bilden können. Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben sollen, Leistungen über die gesamte Behandlungskette auch mit Leistungserbringern ausserhalb des Netzwerks zu koordinieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in der Behandlungskette komplexer/multimorbider Situationen häufig auch eine Koordination mit Leistungserbringern aus dem sozialen Bereich oder der Psychologieberufe notwendig ist. Es ist daher sicherzustellen, dass diese Koordinationsleistungen auch als Auftrag der Netzwerke definiert werden und entsprechend entschädigt werden. Bei der Vergütung von Leistungen der koordinierten Netzwerke ist eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligten Berufsgruppen zwingend vertraglich zu regeln Weitere Bemerkungen zu einzelnen Punkten zu den Netzwerken siehe unten

	Zu den Programmen der Patientenversorgung: Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmaßnahmen. Wir begrüßen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Den Hinweis im erläuternden Bericht, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmaßnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüßen wir ausdrücklich. Jedoch erwarten wir, dass solche Patientenprogramme auch ohne ärztliche Leitung angeboten werden können. Es muss ermöglicht werden, dass entsprechend ausgebildete Fachpersonen wie Advanced Practice Fachpersonen der Pflege, Ernährungsberatung, Ergotherapie etc. Patientenprogramme leiten und bei Bedarf selbstverständlich die ärztliche Expertise hinzuziehen. Wird dies hier nicht geöffnet, verpasst man die Chance, ernsthaft die interprofessionell aufgestellte Grundversorgung zu fördern. Die entsprechenden Verbände der Leistungserbringer sind zwingend in die Erarbeitung der zugehörigen Verordnungen einzubeziehen. Weitere Bemerkungen zu den Details der Programme siehe unten.
	Zum fehlenden Präventionsgedanken: Als Mitglied des SVBG, welcher seinerseits wiederum Mitglied der Allianz «Gesunde Schweiz» ist setzen wir uns zusammen mit über 40 nationalen Organisationen für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz ein. Die zahlreichen, von diversen Mitgliedorganisationen der Allianz angebotenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen. Mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

	rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[2][3][4] Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen ausserdem die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[5] Ernährungsberater/innen können hierzu einen wichtigen Beitrag liefern. Entsprechend erwarten wir, dass dieser Aspekt in diesem Kostendämpfungspakte bereits aufgenommen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[2] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[3] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[4] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[5] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	25	2	i	Wir begrüssen, dass die Leistungen von strukturierten Programmen durch die OKP übernommen werden. Allerdings mit der Einschränkung, dass die Programme nicht ärztlich geleitet sein müssen. Entsprechend ausgebildete andere Gesundheitsberufe können durchaus diese Leitung auch übernehmen (siehe allgemeine Bemerkungen zu den Programmen); die Voraussetzungen dazu können geregelt werden.	Leistungen, die im Rahmen von ärztlich *oder durch entsprechend ausgebildete andere Leistungserbringer* geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.
	32	3		Diese Regelungen zur Überprüfung der Patientenprogramme sind zwingend unter Einbezug der Fachexpertise der involvierten Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Verbände zu entwickeln.	Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang *unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer*
	33	3bis		Strukturierte Patientenprogramme müssen nicht zwingend ärztlich geleitet sein (siehe allgemeine Bemerkungen). Die genauen Bedingungen, welche durch die Leitung erfüllt werden müssen, können in den Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen, geregelt werden.	Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ~~ärztlich geleiteten,~~ strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.
	36b			Wie oben schon ausgeführt ist zu bedenken, dass grundsätzlich schon basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können –	

				das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke.	
	36b	1	a	Grundsätzlich unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke Leistungen nach Artikeln 25 – 31 erbringen sollen, allerdings ist eine gewissen Flexibilität offen zu halten, weil es lokal/regional nicht für jedes Netzwerk Sinn macht, alle in Art. 25-31 erwähnten Leistungen gleichermassen zu erbringen	
	36b	1	b	Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben, auch die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherzustellen. Es ist hier klarzustellen, dass Leistungserbringer auch aus weiteren Bereichen kommen können wie den Psychologieberufen oder dem sozialen Bereich – die Koordinationsleistungen mit diesen Fachpersonen sind ebenfalls zu entschädigen.	
	36b	2		Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die Verbände der betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend mit einbezogen werden.	Der Bundesrat legt *unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer* die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen
	36b	3	a	Es ist nicht zwingend, dass der Arzt/die Ärztin, der/die im Netzwerk eingebunden ist, auch zwingend die Leitung des Netzwerks bzw. des Koordinationszentrums übernimmt. Es müssen auch andere (kooperative, interprofessionelle) Modelle von Leadership in den Netzwerken umgesetzt werden können. Dass ein Arzt/eine Ärztin weiterhin weitere Leistungen verordnet, bleibt damit unangetastet.	die Anforderungen an *die Fachperson* ~~den Arzt oder die Ärztin, der oder~~ die das Netzwerk leitet;

	36b	3	b	Zum Fachpersonal gehören selbstverständlich auch die Ärzte/Ärztinnen, die dem Netzwerk angehören	
	36b	3	c	Hier ist sicherzustellen, dass bei der Definition der Leistungen, die ein Netzwerk zwingend erbringen muss, auf Kernelemente fokussiert wird, damit lokalen/regionalen und demografischen Gegebenheiten Rechnung getragen werden kann. Es muss möglich sein, dass Netzwerke z.B. auch strukturierte Patientenprogramme anbieten.	
	48a			Zwingend vertraglich zu regeln ist eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligter Berufsgruppen.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Tarifs et bases
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

19 novembre 2020

Procédure de consultation sur le projet de modification de la LAMal : 2ème volet de mesures visant à maîtriser les coûts

---

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint la prise de position de la Société vaudoise de médecine à la consultation sur le projet de modification de la LAMal : 2ème volet de mesures visant à maîtriser les coûts.

Cette position se veut objective mais critique. En l'état, la SVM ne peut entrer en matière sur le contenu de la réforme proposée pour les raisons que nous détaillons en annexe.

Cependant, le corps médical a fait de nombreuses propositions dont il n'a pas été tenu compte jusqu'ici et qui seront rappelées dans la prochaine parution de notre revue le courrier du médecin vaudois.

En vous remerciant pour l'attention que vous porterez à la présente consultation, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre parfaite considération.

SOCIETE VAUDOISE DE MEDECINE

Philippe Eggimann
Président de la SVM

Pierre-André Repond
Secrétaire général de SVM

Annexe : ment.

SVM | Ch. de Mornex 38 Case postale 7443 CH-1002 LAUSANNE | info@svmed.ch svmed.ch | Tél. +41 21 651 05 05 Fax: +41 21 651 05 00

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

19 novembre 2020

Procédure de consultation sur le projet de modification de la LAMal : 2ème volet de mesures visant à maîtriser les coûts

I. Remarques introductives

Pour bien comprendre la portée de ce 2e paquet de mesures, il faut prendre en compte l'ensemble des mesures, à savoir le premier volet mis en consultation en 2018[1] mais aussi les interventions du Conseil fédéral sur le tarif médical en 2018.

Il faut aussi comparer ces mesures contraignantes au projet de modification de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMAL)[2], qui se contente de préciser les conditions de la réduction *volontaire* des réserves et du remboursement de primes encaissées en trop par les assureurs. C'est pourtant la perpétuation du système de calcul des primes en vigueur qui, malgré ces changements cosmétiques, continuera d'entretenir la spirale de hausse des primes, indépendamment de l'évolution des coûts à charge de l'assurance-maladie.

Pour compléter le panorama, il faut encore citer l'initiative populaire fédérale du PDC pour des primes plus basses qui a abouti récemment[3] dont certains éléments inspirent le projet en consultation.

Nous commentons ici les principales propositions de modifications de la LAMal impactant l'activité médicale :

II. Introduction d'un objectif de maîtrise des coûts visant à définir des objectifs concernant la croissance des coûts dans l'AOS et à fixer des mesures de correction en cas de dépassement des objectifs. Section 5, articles 54 à 54 e nouveaux

Outre la création d'une *nouvelle commission fédérale des objectifs en matière de coûts*, le Conseil fédéral entend se doter d'une **nouvelle compétence** lui permettant de fixer des objectifs en matière de coûts, lesquels sont ensuite déclinés au niveau des cantons selon une mécaniques compliquée et implacable qui risque encore de s'aggraver sous le poids de leurs administrations.

Ce serait un moindre mal si l'article 54c ne prévoyait pas d'appliquer *sans marge de tolérance* les objectifs du Conseil fédéral si un canton ne fixe pas ses objectifs dans les délais, ce qui risque fort d'arriver en raison même de la difficulté de l'exercice. Dans tous les cas de figure, quelques soient les administrations qui les détermineront, on se trouvera alors dans la situation d'un budget global dont l'effet ne pourra

[1] https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html
[2] https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-kvav-reserveabbau-ausgleich-zu-hohe-praemieneinnahmen.html
[3] Pour des primes plus basse (frein aux coûts dans le système de santé)

SVM
Ch. de Mornex 38
Case postale 7443
CH-1002 LAUSANNE
info@svmed.ch
svmed.ch
Tél. +41 21 651 05 05
Fax: +41 21 651 05 00

déboucher que sur **un rationnement** pur et simple des prestations, surtout si l'on tient compte des autres dispositions de la révision.

Un écueil majeur à la mise en œuvre de cette disposition découle du **manque transparence** des données que *l'initiative parlementaire Feller-Thorens*[4], toujours en attente d'une décision du Conseil des Etats a pour but de corriger.

Cette problématique toujours actuelle a eu raison des efforts des partenaires tarifaires eux-mêmes lorsqu'ils ont introduit des mécanismes similaires de maîtrise de la croissance des coûts sous la forme de *conventions prix et prestations (ou leikov)*, lesquels sont précisément venu buter sur la qualité des données. Or le projet en consultation prévoit à nouveau de **contraindre** les partenaires tarifaires à prévoir de tels mécanismes (art. 54d al.1), sans que cet obstacle ait été levé. A défaut, mais peut-être est-ce justement là l'objectif recherché, le canton sera autorisé à prendre directement des mesures, notamment de faire *baisser les tarifs en fonction des volumes* de prestations ou en introduisant des **valeurs de points différenciées selon les spécialités (plus de 40 reconnues par l'IFSM).** Ceci qui reviendrait d'ailleurs à une **double peine** pour les spécialités autres que la médecine de premier recours, auxquelles un accès direct des patients serait en plus interdit (gatekeeping).

III. Institution d'un premier point de contact, auquel les assurés s'adressent d'abord lorsqu'ils ont des problèmes de santé. Celui-ci conseille et traite les patients ou les adresse à un autre fournisseur de prestations.

Cet article introduit lui aussi des changements fondamentaux. Tout d'abord le premier point de contact peut être un **réseau de soins coordonnés** (art. 40a ss) en **compétition** avec les médecins de premier recours. Ce peut-être aussi un centre de télémédecine délocalisé. Le comble étant qu'il n'est même plus précisé qu'il soit nécessaire que ce soit un médecin qui effectue cette prestation et en assume la responsabilité. Relevons au passage que le financement de ce premier point de contact n'est pas abordé.

Surtout le projet fait peu de cas de rejet massif en votation populaire du projet managed care en 2012[5] en raison de la menace sur le libre choix du médecin. Près de 70% de la population suisse et plus de 90% des Vaudois s'y étaient opposés. Les réseaux visés par le projet sont désormais davantage soumis à une règlementation et gestion publiques, raison pour laquelle les opposants d'hier ne sont pas tous les mêmes qu'aujourd'hui.

C'est aussi une chose de prévoir la possibilité de renoncer à l'accès direct au spécialiste en contrepartie d'un rabais de cotisations, c'en est une autre de se voir **imposer cette suppression du libre choix sans contrepartie**. C'est d'ailleurs exactement ce qui s'est passé lors de l'introduction de la LAMal et qui en constitue en quelque sorte le **péché originel** expliquant en partie la croissance des coûts et des primes qu'on cherche depuis vainement à contrôler. Il a consisté à rendre obligatoire l'assurance-maladie alors même que plus de 90% de la population était déjà assurée. Ce serait à nouveau un mauvais signal aux effets délétères que de priver les assurés du rabais auquel ils sont droit.

A relever qu'on ne saura qu'au moment de l'ordonnance comment il sera possible de changer de point de contact si l'on en n'est pas satisfait.

Pour bénéficier malgré tout d'un rabais forcément plus modique, il faudra même **renoncer au choix du premier point de contact** et s'en remettre totalement aux choix opérés par l'assureur. C'est faire peu de cas de la **relation thérapeutique** dont le fondement repose précisément sur le libre choix, base de la

[4] https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20183433
[5] https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/va/20120617/index.html

confiance. Il faut sans doute y voir la voie toute tracée au déploiement d'une **assurance complémentaire** pour conserver le libre choix du médecin en ambulatoire et par conséquent un report de charge supplémentaire sur la population qui en aura encore les moyens.

On retrouve ici un procédé inéquitable qui consiste à imposer des restrictions essentielles de prestations **sans garantie que cela se traduira dans la fixation des primes**. Si les modèles alternatifs d'assurance permettent aujourd'hui déjà un rabais estimé par le DFI à environ 14%, il convient alors **d'imposer d'entrée de jeu ce même rabais sur la prime** de base si cela devient le modèle ordinaire d'assurance. En d'autres termes la prime de base doit baisser de 14% dès l'introduction. Si on ne le fait pas c'est alors que les auteurs de la réforme ne croient pas eux-mêmes aux économies *réelles* découlant de cette proposition.

Un avantage tout de même à ce dispositif : l'art. 41 semble indiquer que le recours au traitement hospitalier ferait aussi partie de la délégation prescrite par le premier point de contact. Ce qui risque tout de même de créer un conflit d'intérêt lorsque qu'un point de contact dépendant d'un hôpital ou d'une institution prescrira le recours à cette même institution.

La place manque pour s'étendre sur d'autres disposition et s'interroger en particulier sur la portée de l'introduction de forfaits (art. 40c) rétribuant la fonction de premier point de contact en sus de la rémunération de prestations effectives.

Par contre il vaut la peine de s'interroger sur la nouvelle usine à gaz qui viendra immanquablement chapeauter dans chaque canton **l'admission des premiers points de contact**, procédure qui se superposer au tout nouveau dispositif qui vient d'être adopté pour l'admission des fournisseurs autorisés à facturer à charge de l'AOS et qui reste encore à concrétiser.[6] il s'agit ni plus ni moins d'une **planification** de l'ambulatoire des cabinets, qui comme les autres formes de planification conduit tout droit au à l'augmentation des coûts sous forme de subventions publiques. Ce sont les fameuses PIG dont le Conseil fédéral vient de juger qu'il n'était pas nécessaire de clarifier la définition, alors même que des expertises mandatées par l'OFSP concluent qu'en l'absence de clarification il n'est plus possible de comparer l'effet des mesures cantonales de planifications hospitalières.

IV. Renforcement des soins coordonnés grâce à la définition de réseaux de soins coordonnés en tant que fournisseurs de prestations distincts.

On ne peut que s'étonner de vouloir **reconnaître un nouveau prestataire** de cette envergure dans un projet qui prétend viser des économies. Une telle opération ne manquera pas de générer des coûts considérables à charge de l'assurance obligatoire de soins. Combinée avec les autres mesures, notamment tarifaires, elle mettra les autres acteurs, spécialement les médecins, sous une pression intolérable. Ceux qui n'ont pas encore été absorbés par des hôpitaux ou des centres médicaux seront immanquablement avalés par ces nouveaux acteurs, sans aucune économie à la clé, comme le prévoir cyniquement le projet en énumérant les formes de contrats d'absorption disponibles. Ce dispositif ne laissera à terme que le choix de la corde pour se pendre (contrat d'*affilié* ou de *coopération)* avec le *centre de coordination*, statut qui ne manquera pas de dériver tout naturellement vers un statut d'employé à la faveur de la règlementation AVS comme on l'a vu dans des conditions similaires. L'AOS devra donc supporter les **coûts des charges sociales** de ces nouveaux employés alors qu'il est avéré aujourd'hui que la structure du cabinet indépendant, individuel ou de groupe, reste la solution la plus efficiente et

[6]https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html

qu'aucun des modèles qui s'y est progressivement substitué n'a générée d'économies d'échelle, au contraire.

Il faut aussi mettre cette disposition en lien avec les dispositions du premier volet de mesures qui visent à permettre des *expériences pilotes ou innovantes* dans les cantons. Dans ce cas de figure ces structures, en particulier un *réseau régional* comme il en existe dans le canton de Vaud, à l'instar d'autres entités publiques ou parapubliques, bénéficieraient d'une reconnaissance et d'un financement public créant une distorsion supplémentaire de concurrence, du fait des conflits d'intérêt de l'Etat. Il convient ici de mentionner que les expertises mandatées par l'OFSP n'ont pas permis de montrer un impact sur la hausse des primes AOS de ce canton et ce malgré l'augmentation très importante des subventionnements des hôpitaux publics et reconnus d'intérêt public sans compter ceux aux assurés pour lesquels ces primes sont supérieures à 10% de leur revenu.

Il n'est pas innocent de relever que *le système de forfait* destiné à financer les réseaux sur la base des conventions passées avec les assureurs est fondé sur le même principe que le DRG, lequel met une pression considérable voire insoutenable sur le corps médical agréé dans les hôpitaux et cliniques au point de mettre en péril son statut indépendant, qui serait appliqué dès lors à tout l'ambulatoire de ville.

L'ambition est vaste puisque le projet appelle prévoit déjà une *fédération des réseaux de soins coordonnés (art. 64).* Ainsi, il est à craindre que la part des primes perçues consacrées aux remboursements des prestations continue à diminuer au profit de tâches administratives désormais imposées par le législateur.

V. Obligation des fournisseurs de prestations et des assureurs de transmettre les factures par voie électronique.

Là encore on peine à croire au potentiel de cette mesure qui est prévue dans les conventions tarifaires depuis 2004 ! soit dès l'introduction de TarMed. Les organisations médicales ont investi massivement dans les **centres de confiance** ou autres trust centers afin d'offrir cette possibilité. Après un galop d'essai amorcé dans le canton de Vaud qui a montré que la solution fonctionnait, les assureurs ont opté pour l'achat de scanners plutôt que de consentir une modeste contribution au financement des infrastructures prévues pour cela.

A cela s'ajoute que les contreparties de ces investissements pour les médecins résidaient dans la levée des **limitations tarifaires qui ont été réintroduite**s à la faveur de l'intervention du conseil fédéral en 2018. Un revirement qui a de quoi rendre méfiant.

A noter que le fournisseur de prestations, le médecin en particulier, reste obligé de fournir sur demande une facture papier à l'assuré et qu'il doit le faire **gratuitement** (art. 42). Il est bien le seul !

Finalement ces solutions **violent le secret médical** si elles sont imposées. Elles chargent en outre inutilement les administrations de factures qui ne sont pas à charge de l'AOS ou qui restent inférieures à la franchise, contribuant ainsi à aggraver l'un des **facteurs de coûts majeur mais caché** du système, à savoir ses coûts administratifs, qu'ils soient le fait des assureurs ou des administrations publiques. S'agissant des assureurs l'augmentation des coûts administratifs est vertigineuse puisque, malgré la concentration du secteur, la facture n'a cessé de croître. Le taux de prélèvement de 5% de frais administratifs n'a pas varié alors que le volume des coûts à charge de l'AOS a passé de 12 à 32 milliards. Faites le calcul ! on est passé de 600 millions **à 1.6 milliards de frais administratifs par an** sans que personne ne s'en émeuve. Là aussi pas d'économies d'échelle. C'est sans compter la hausse continue des réserves qui dépassent 11 milliards de francs, toujours à charge des primes.

VI. Conclusions :

Si les **économies sont improbables** malgré l'intention affichée, il est surtout question, selon une savante gradation, *d'obligations nouvelles***,** *de contrôles, de contraintes et de sanctions* supplémentaires qui ne contribueront pas à restaurer l'indispensable confiance et la coopération des parties prenantes.

Les auteurs du projet ne croient pas eux-mêmes aux économies qu'ils renoncent à chiffrer, sous réserve d'un prétend milliard qui sort d'un chapeau ! C'est donc que **l'objectif de la réforme est ailleurs**, fondé sur des dogmes souvent répétés mais jamais vérifiés, qui progressivement mais sûrement auront raison de notre système de santé.

SOCIETE VAUDOISE DE MEDECINE

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : SVPA

Adresse : Fliederstrasse 8, 8908 Hedingen

Kontaktperson : pract. med. Fabian Kraxner, Vorstandsmitglied SVPA

Telefon : 079 665 63 91

E-Mail : fabel@gmx.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die SVPA spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Zudem würde sich daraus eine Segregation zwischen leichten und schweren Krankheitsbildern ergeben. In der Psychiatrie würde das bedeuten, dass die komplexen Krankheitsbilder aufgrund fehlender Kostendeckung nur noch ungenügend in den privaten Praxen behandelt werden könnten und in durch Subventionen unterstützte institutionelle ambulante oder stationäre Einrichtungen verschoben würden. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.

	Die SVPA wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der psychiatrischen Praxen und institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21	2		Die SVPA wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die SVPA ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich**	

				geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten <u>in aggregierter Form</u> enthalten müssen.
	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine <u>staatliche Zwangs-Zugangssteuerung</u> zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Fachärztin/Facharzt. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. - für die psychiatrischen Kliniken wird die Umsetzung der integrierten Versorgung erheblich erschwert. Das führt zu längeren Klinikaufenthalten, weil durch die Einführung von Erstberatungsstellen die Zuweisung in poststationäre ambulante Behandlungen erschwert wird.	

				Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
	41a				Analog 40a-d anzupassen.
P	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der SVPA geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden.	Streichung von Art. 54a-e-

				- die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Chefärtzinnen

Abkürzung der Firma / Organisation : SVPC

Adresse : c/o Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Prof. Dr. Erich Seifritz (Präsident), Prof. Dr. med. Martin Hatzinger (Vizepräsident)

Telefon : 031 313 88 33

E-Mail : christoph.gitz@swissmentalhealthcare.ch

Datum : 10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
SVPC	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Allerdings sind die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziel vorgesehenen Massnahmen planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Wir sprechen uns zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und stehen für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
SVPC	**Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs** Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche) ab 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall einschränken. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenzen zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und somit keine sachgerechte Triage vorzunehmen können. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Weiterbildung und Fachexpertise.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bei Menschen mit einer psychischen Krankheit, gerade bei komplexen psychotischen und chronifizierten Krankheiten unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zum Arzt. Der vorliegende Entwurf führt zu höheren Hürden für die psychisch erkrankten Menschen und erschwert deren Behandlung durch eine/n Psychiater/Psychiaterin in spezialisierten institutionellen Ambulatorien und in privaten Praxen. - Erstberatungsstellen für ohnehin schon stigmatisierte psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern würden. In der Psychiatrie besteht nachweislich eine starke Unterversorgung (u.a. wegen der Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten/-innen mit schweren und invalidisierenden psychischen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe umgekehrt proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten, daher ist davon auszugehen, dass Erstberatungsstellen eine zusätzliche Hürde für psychisch Kranke sind. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert würden. Längerfristig würde dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung führen. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führen würde, dass möglichst Patienten/-innen, die einen geringen Behandlungsaufwand selektioniert und bevorzugt würden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt würde. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Falls Erstberatungsstellen nicht über eine fachärztliche Kompetenz in der Einschätzung von psychischen Erkrankungen aufweisen würden, würden Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen zunehmen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die behandlungsnotwendigen sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien umgangen bzw. ausgehebelt würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würden die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil das aktuelle (TARMED) und das geplante (TARDOC) ambulante Tarifsystem die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlichen gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und medizinisch-technischer Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen würden und zu einer Segretation zwischen leichteren und komplexeren schweren Krankheitsbildern führen würden. Personen mit schweren, chronischen und invalidisierenden psychischen Erkrankungen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei Nichteinhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife und Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten würden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen würde. Wir schlagen ein Hybridmodell bestehend aus differenzierten Pauschalen und Einzelleistungsabgeltungen vor, welche die Leistungen von multiprofessionellen Teams in Institutsambulatorien kostenwahr und -deckend abbilden. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Dazu kommt, dass der technische Leistungsanteil (TL) in diesen Tarifsystemen nicht für die Aufgaben und Anforderungen in Institutsambulatorien ausgelegt sind, d.h. sie decken die Kosten nicht, was dazu führt, dass die Kantone die Institutionsambulatorien mit (KVG nicht-konformen) Subventionen in Form von GWL unterstützen müssen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVPC	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
SVPC	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
				Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, wären grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Diese komplexen Pauschalen kombiniert mit Einzelleistungsabgeltung (Hybridmodell) müssten evidenzbasiert entwickelt und für institutionellen Ambulatorien kostendeckend gestaltet werden. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/ innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				ausgeprägt ist. Insbesondere ist ein Hinderungsgrund die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können. Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und im geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind, schlagen wir ein differenziertes Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen, welche die effektiven Kosten decken.	
SVPC	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren

c/o Fortunat von Planta
Kantonsspital Uri
CH-6460 Altdorf
Telefon +41 41 875 51 51

praesident@spitaldirektoren.ch
www.spitaldirektoren.ch

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Uri, 10. Dezember 2020

Stellungnahme SVS:
Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative).

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zum obengenannten indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» eröffnet. Die verlängerte Vernehmlassungsfrist dauert bis zum 10. Dezember 2020. Die SVS, die Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren, bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung. Gerne lassen wir Ihnen unsere Stellungnahme hiermit fristgerecht zugehen.

Die SVS ist eine gesamtschweizerische Organisation und anerkannte Gesprächspartnerin für Institutionen des Bundes, der Kantone und weiterer öffentlicher und privater Stellen. Die Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren bildet ein Netzwerk unter Berufskolleginnen und Berufskollegen. Zudem verfassen wir Stellungnahmen zu wichtigen Fragestellungen im Gesundheitswesen. In der SVS sind alle Regionen der Schweiz und allen Sparten (Akutmedizin, Rehabilitation und

Schweizerische Vereinigung
der Spitaldirektorinnen und
Spitaldirektoren

c/o Fortunat von Planta
Kantonsspital Uri
CH-6460 Altdorf
Telefon +41 41 875 51 51

praesident@spitaldirektoren.ch
www.spitaldirektoren.ch

Psychiatrie) vertreten. In der Sektion Deutschschweiz zählen wir insgesamt 220 Institutionen als Mitglieder.

Wir reichen Ihnen die ausführlich ausgearbeitete Stellungnahme von H+ Die Spitäler Schweiz ein. Wir schliessen uns als SVS vollumfänglich der Vernehmlassungsantwort von H+ Die Spitäler Schweiz an.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen

Freundliche Grüsse
Schweizerische Vereinigung der
Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren

Fortunat von Planta
Präsident a.i.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Nurse Leaders

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, 3001 Bern

Kontaktperson : Melanie Rosaspina

Telefon : 031 306 93 75

E-Mail : melanie.rosaspina@swissnurseleaders.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 9

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 10

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Wir bedanken uns für die Einladung zur Vernehmlassung zu den geplanten Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2). Swiss Nurse Leaders vertritt und vereint das Schweizer Pflegemanagement. Die Organisation mit ihren rund 350 Mitgliedern ist national tätig und in sechs Regionalgruppen unterteilt. Die Vereinigung positioniert sich als repräsentative Organisation der Pflegeverantwortlichen gegenüber Verbänden, Institutionen, Behörden und der Öffentlichkeit.
	Zusammen mit dem SBK Berufsverband der Pflegefachpersonen teilen wir die Ansicht, dass Handlungsbedarf besteht bei der Kostensituation. Wir sind aber gleichermassen irritiert, dass in der Expertengruppe, welche den Bericht zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen erarbeitet hat, die Pflege nicht vertreten war.
	Als Vertretung des Pflegemanagements nehmen wir die Auswirkungen des Finanzierungssystems auf die Patientenversorgung in ihren verschiedenen Ausprägungen wahr. Wir stellen aber auch fest, dass unser Gesundheitswesen neben steigender Krankenversicherungsprämien auch Probleme aufweist wie z.B. der grosse Fachpersonalmangel oder nicht gerechtfertigte medizinische Massnahmen. Wir sind daher der Ansicht, dass Massnahmen zur Kostendämpfung solche Probleme nicht verschärfen sollten. Wir bezweifeln, dass dies mit den vorgeschlagenen Massnahmen erreicht werden kann. So fehlt uns darin die Orientierung an Messgrössen über die Qualität der Patientenversorgung und zum effizientesten Einsatz von Gesundheitsfachpersonen entlang ihrer Qualifikationen. Mit einer Monopolisierung der Finanzierungsmacht bei einer nicht mehr zeitgemässen ärztlich gesteuerten Versorgungskette ist eine effiziente (und damit kostengünstige) und qualitativ gute Gesundheitsversorgung erneut in die Ferne gerückt. Wünschbare Versorgungsmodelle wie die koordinierte Versorgung, werden in der vorgeschlagenen Form reduziert auf Kostenblöcke und in ihrer Funktionsweise nicht näher betrachtet.
	Als Pflegemanagement sehen wir in diesen Massnahmen eine weitere Einschränkung der bereits schon limitierten Autonomie der Pflege in der Gesundheitsversorgung und erneut eine Geringschätzung des personellen Aufwands für Pflege und Betreuung gegenüber der ärztlichen, pharmazeutischen und technischen Leistungen in der Medizin.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	32	3		Wir begrüssen grundsätzlich einen effizienten Einsatz von Ressourcen. Allerdings ist uns zu wenig klar, wie der Bundesrat vorgeht bei der Festlegung der Prüfung. Wir würden es ablehnen, wenn sich der Fokus v.a. auf kostenintensive Behandlungen verlagert.	
	36b	3	a	Es ist für uns nicht nachvollziehbar, weshalb ein solches Netzwerk ausschliesslich unter ärztlicher Leitung stehen soll. Es versteht sich, dass der Arzt die Verantwortung für die medizinische Leitung übernehmen muss. Um möglichst viele verschiedene Leistungsanbieter in diesem Netzwerk zusammenzubringen müsste aber die Leitung breiter ausgerichtet sein. Dieser Vorschlag ist einseitig auf ein ärztezentriertes Versorgungsmodell ausgerichtet, welches der aktuellen Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen nicht mehr gerecht wird.	
	36b	3	f	Für Patienten bringen solche Netzwerke dann einen Vorteil, wenn der Datentransfer/ Kommunikation praktisch hindernisfrei gewährleistet ist. Aus Studien weiss man, dass jeder Übertritt ein potentielles Risiko darstellt. Wir begrüssen daher, dass die Führung des elektronischen Patientendossiers vorgeschrieben wird.	
	40a	1		Wir sprechen uns klar gegen eine solche Einschränkung der Wahlfreiheit von PatientInnen aus.	

	40a	2		Es muss sichergestellt werden, dass sich die Gesundheitsberatung ausschließlich auf Empfehlungen für gute Praxis und wissenschaftliche Erkenntnisse stützt, um Fehlanreize wie eine Risikoselektion oder durch finanzielle Interessen motivierte Überweisungsentscheide zu vermeiden. Dies wäre im Ergebnis sowohl der Qualität der Versorgung als auch dem Ziel einer kostengünstigen Versorgung abträglich, wenn es dadurch zu Verzögerungen in der Behandlung kommt.	2 Die Erstberatungsstelle nimmt diese Aufgaben auf der Grundlage der besten wissenschaftlichen Kenntnisse und in unabhängiger Weise wahr.
	40a	3	a	Auch hier sprechen wir uns klar gegen eine ärztliche Monopolisierung aus. Es sind die Pflegeexpertinnen APN zu ergänzen. Der Vorteil darin wäre, dass sie effektiv unabhängig wären in der Beurteilung der notwendigen medizinischen Leistungen. Im Gegensatz zu einem Arzt, bei welchem sich diese Entscheide auf die eigene Ertragslage auswirken. Aufgrund des grossen Fachpersonalmangels im Gesundheitswesen insbesondere bei den Ärzten wagen wir auch zu bezweifeln, dass es ausreichend Leistungserbringer gibt, die für diese Aufgabe in Frage kommen.	4. (neu) PflegeexpertInnen APN-CH
	40a	3	b	Auch hier sprechen wir uns klar gegen eine ärztliche Monopolisierung aus. Es sind die Pflegeexpertinnen APN zu ergänzen.	Neu: Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege dienen, wenn die Ärztinnen und Ärzte, sowie Pflegeexpertinnen APN-CH, die dort tätig sind, die Voraussetzungen nach Buchstabe a erfüllen.
	40c			Wir sprechen uns gegen eine solche Pauschale aus. Damit wird für uns die Grundlage geschaffen für eine Patientenselektion.	
	48a	1	a	Wir lehnen es ab, dass die Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung über eine Art Globalbudget abgegolten werden. Dies setzt unnötige finanzielle Anreize, welche zu einer	

				Unter- oder Fehlversorgung führen können.	
	54	1		Wir lehnen einen solchen Eingriff in die Kostenentwicklung ab. Sie stützt sich nicht auf die Versorgungsqualität ab und enthält die Gefahr einer Unterversorgung.	
	54	3		Hier fehlt die explizite Nennung der Versorgungsqualität.	c. die Versorgungsqualität
	54d			Diese Massnahmen erschweren zusätzlich die bereits unsichere Tarifsituation in vielen Kantonen, weshalb wir sie ablehnen. Hängige Tarifverfahren haben in den letzten Jahren zugenommen. Diese führen zu finanziellen Untersicherheiten bei den Leistungserbringern. Die Pflege als grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen bekam dies bereits in den vergangenen Jahren empfindlich zu spüren.	
	54e			Als grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist es für uns ein MUSS, dass sich auch Vertreter aus diesem Berufsstand in diese Kommission berufen werden.	3. (ergänzen)….sowie der relevanten Berufsgruppen im Gesundheitswesen.
	64	7	b / c	Wir begrüssen den Verzicht auf die Kostenbeteiligung bei Schwangeren. Es ist für uns aber nicht nachvollziehbar, dass dies erst ab der 13. Schwangerschaftswoche gelten soll.	

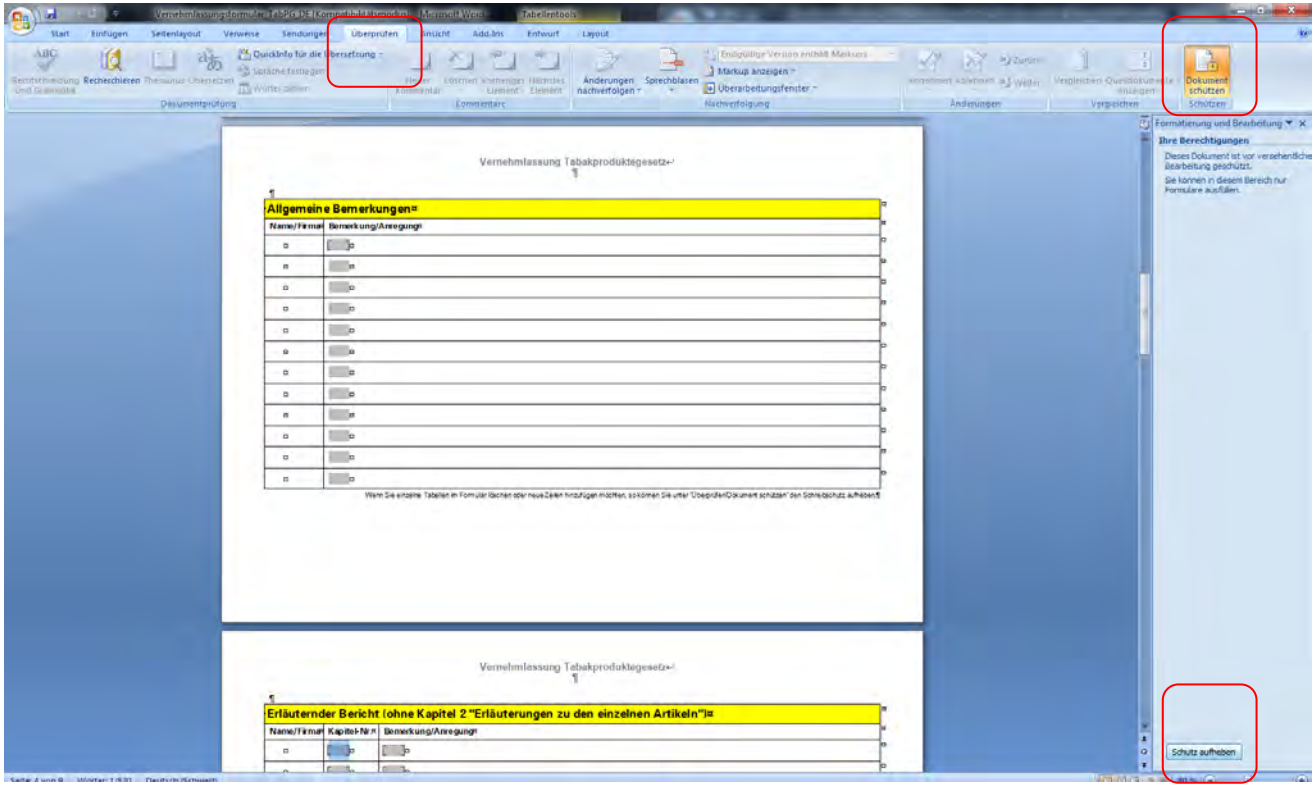
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

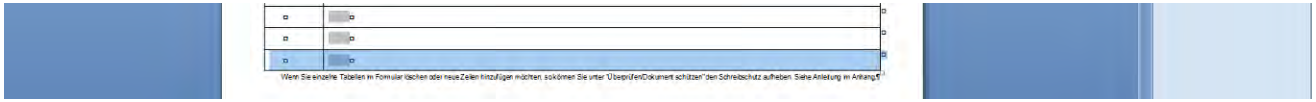
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



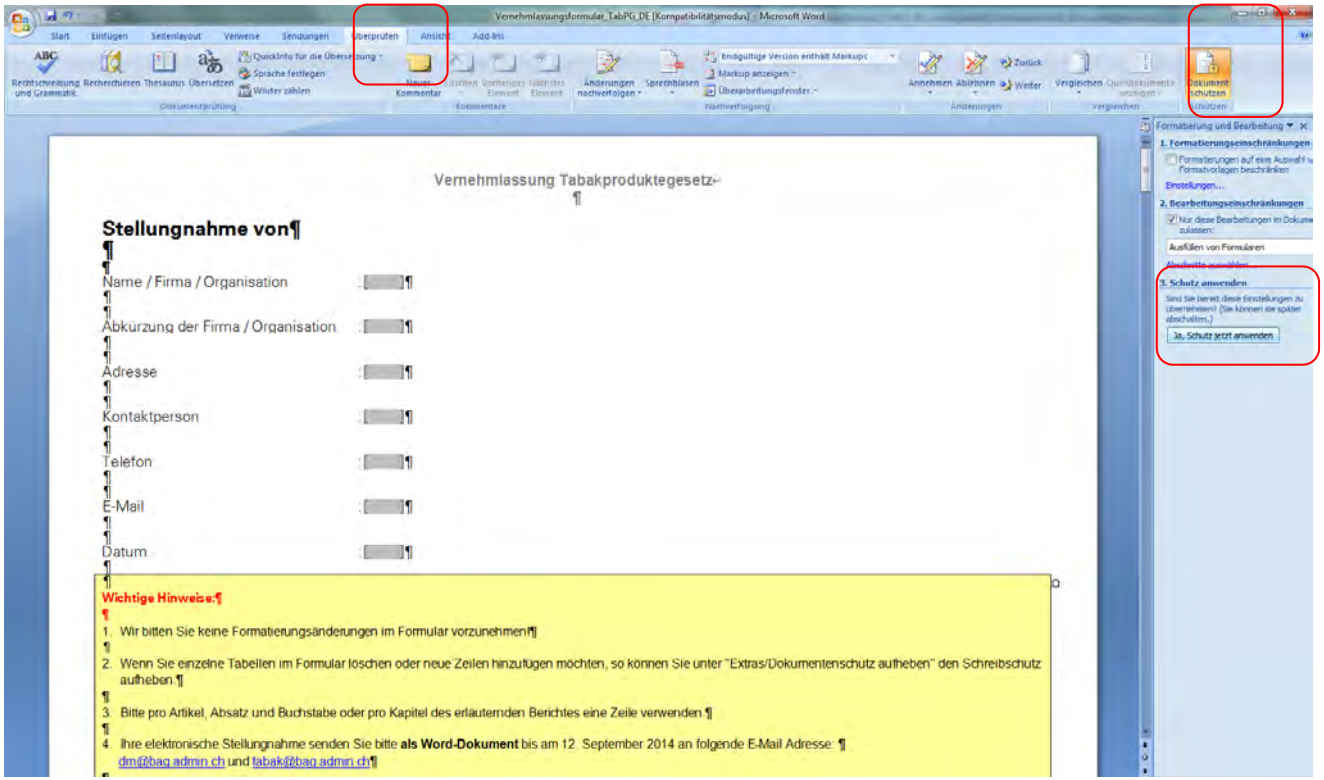
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Cancer Screeing

Abkürzung der Firma / Organisation : SCS

Adresse : Effingerstrasse 33, 3006 Bern

Kontaktperson : Dr. Claudia Weiss

Telefon : 031 511 49 33

E-Mail : claudia.weiss@swisscancerscreening.ch

Datum : 10.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Swiss Cancer Screening bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
	Swiss Cancer Screening ist zentraler Akteur im Bereich der bevölkerungsbezogenen systematischen Krebs-Früherkennung. Als Verband fördert und unterstützt Swiss Cancer Screening den Aufbau und die Zusammenarbeit, die Harmonisierung und die Qualitätssicherung von Programmen in zwölf Kantonen. Insbesondere setzt sich der Verband für hohe und einheitliche Qualitätsstandards ein, die den nationalen und internationalen Richtlinien entsprechen, transparente Information über die Qualität der Programme sowie auf ausgewogene Information an die Zielbevölkerung. Organisierte Programme bieten der Bevölkerung nachweislich eine kosteneffiziente Krebsvorsorge und Früherkennung bei Darm und Brustkrebs. Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention– mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Im Rahmen organisierter Programme für Darmkrebsvorsorge und Brustkrebsfrüherkennung ist der niederschwellige Zugang zur Krebsfrüherkennung und Vorsorge gesichert, die regelmässige Kontrolle der Dienstleistungen garantiert und ausgewogene Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf Krebsvorsorge zu treffen, gewährleistet. Swiss Cancer Screening begrüsst daher ausdrücklich, dass Leistungen im Rahmen von organisierten und qualitätsgesicherten Programmen unter ärztlicher Aufsicht auch durch nicht-ärztliche Leitungserbringer erbracht werden können. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können.

	Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Entsprechend braucht es dringend eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Kleinteilige Massnahmen scheinen uns hier nicht zielführend genug zu sein.
	Wir beziehen zu den Kostenzielen keine Stellung. Dies ist nicht mit Zustimmung gleichzusetzen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

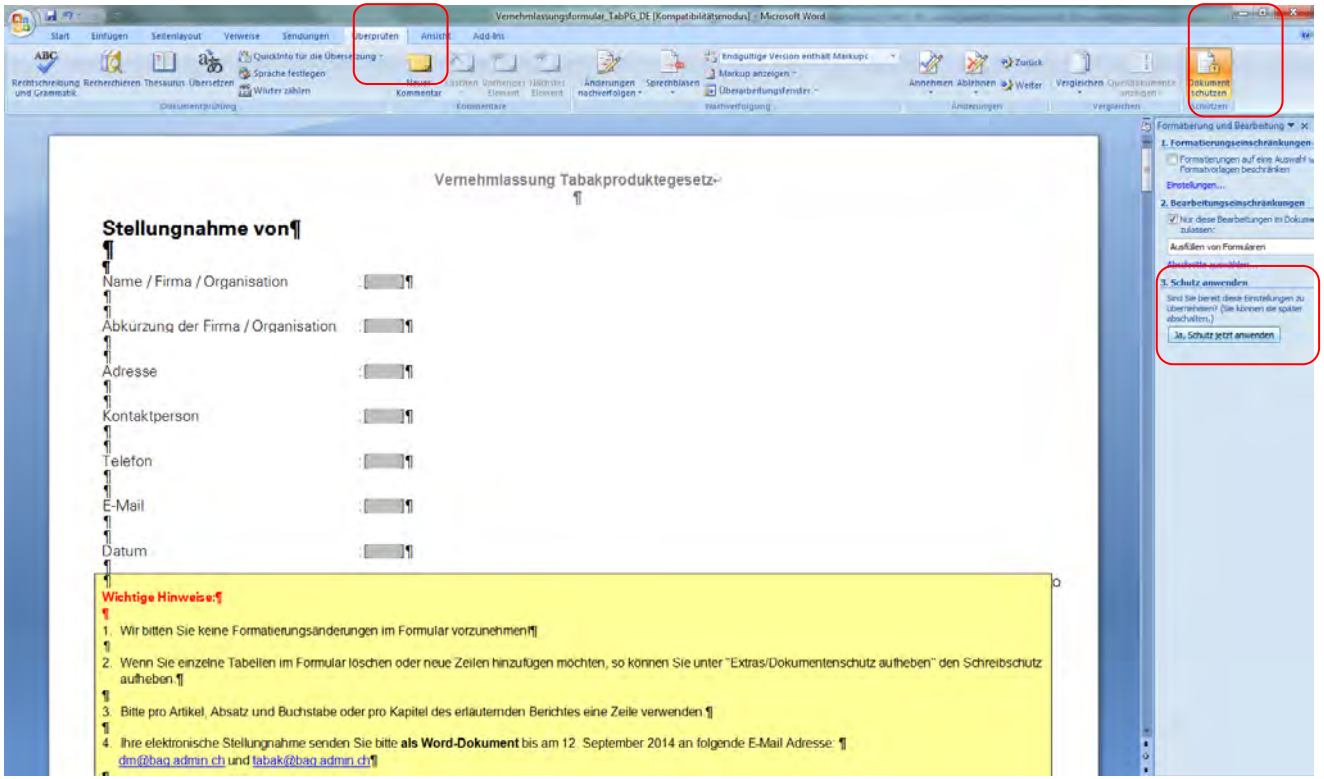
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder (inter) kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden. Les prestations fournis das le cadre des **programmes organisés au niveau national ou (inter-)cantonal placés sous la supervision d'un médecin**.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie im Buchstaben i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass grundsätzlich sowohl im KVG wie auch im KVG sowie in den beiden Landessprachen die gleiche Terminologie verwendet werden sollte (z.B. unterschiedlicher Geraucht bei Mammographie: programme organisée, bei Darmkrebs: programme cantonal oder auf Deutsch die Früherkennungsprogramme in den Kantonen etc)	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder (inter) kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden Les prestations fournis das le cadre des **programmes organisés au niveau national**

					ou (inter-) cantonal placés sous la supervision d'un médecin.
	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, eine nachvollziehbare und verständliche Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Stadtspital Waid und Triemli

Abkürzung der Firma / Organisation : SWT

Adresse : Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich

Kontaktperson : Simon Stahel

Telefon : 044 416 0220

E-Mail : simon.stahel@zuerich.ch

Datum : 9. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 12

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Das Stadtspital Waid und Triemli (SWT) weist die Revision als Ganzes zurück. Sie vermag weder die Effizienz noch die Qualität der Leistungserbringung zu fördern. Im Gegenteil bremst sie Innovationen durch unnötige und überbordende bürokratische Strukturen und Prozesse. Dadurch werden dem System wertvolle Ressourcen entzogen, die besser für die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden könnten.
	Die Einführung von Kostenzielen führt zu einer Rationierung der Gesundheitsleistungen und zu einer Zweiklassenmedizin. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Dies ist für uns als Stadtspital verheerend. Solche Sparanstrengungen haben Auswirkungen auf die Qualität und insb. die Versorgung von sozial schwachen Personen im Spital haben. Diese Personen leben grossmehrheitlich in den Städten, was wiederum Folgen für das Städtisch Sozialsystem haben kann.
	Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
	Die Fakten aus der im Auftrag des BAG erstellten Studie «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» von Lobsiger/Frey sprechen eine klare Sprache. Die Kosten für die stationäre Behandlung ist in Kantonen ohne Globalbudget weniger stark gestiegen, als in Kantonen mit Globalbudget oder ähnlichen Mengensteuerungen. Es ist unverständlich, weshalb der vorliegende Entwurf nun ein Kostenziel als zielführende Massnahme präsentiert.
	Für eine bessere Effizienz sollte der Wettbewerb unter den Leistungserbringern verbessert werden. Dazu gehören transparente Zahlen und ein Aufheben von künstlichen Grenzen und Hürden z.B. für ausserkantonale Hospitalisationen. Die stationären Baserates von Spitälern in der ganzen Schweiz haben sich seit 2012 stark angeglichen. Dass der Wohnkanton unterscheiden muss, ob die Patientinnen und Patienten im eigenen Kanton oder ausserkantonal hospitalisiert werden ist obsolet geworden. Wettbewerb muss auch über die Kantonsgrenzen hinweg frei stattfinden können. Auch ein besserer Qualitätswettbewerb hätte nicht nur eine kostensenkende, sondern auch eine qualitätsfördernde Wirkung.

	Will der Bundesrat wirklich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen wirksam bremsen, dann muss EFAS (Einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär) umgesetzt werden. Zudem muss die ambulante Tarifierung für den Spitalbereich so erhöht werden, dass ambulante Leistungen kostendeckend erbracht werden können.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»

	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme** 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …

	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.

	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:

				Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Dies ist insbesondere für uns als Stadtspital mit vielen Patienten ohne Zusatzversicherung und vielen Notfalleintritten mit unklaren Beschwerden ein grosses Problem. Diese Patienten würden unter weiterem Kostendruck am meisten benachteiligt. Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen
	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

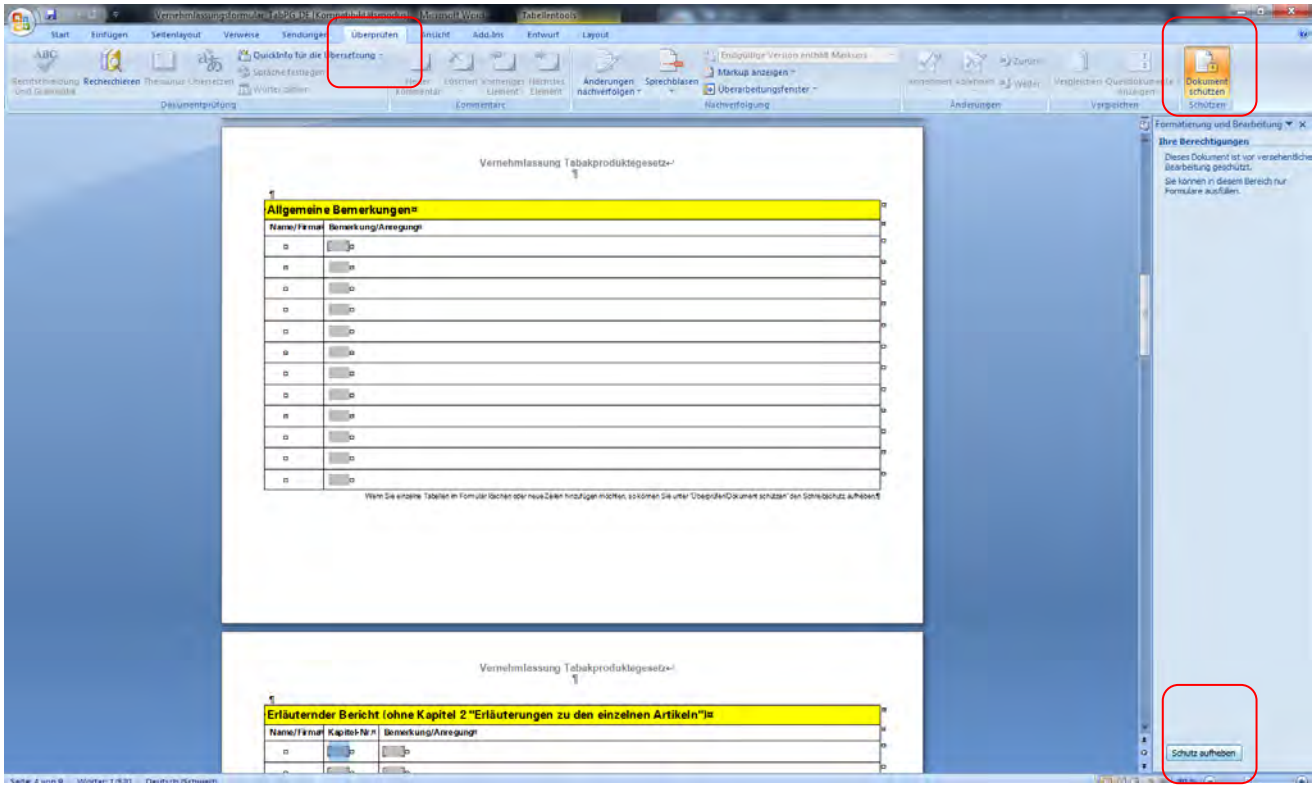
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

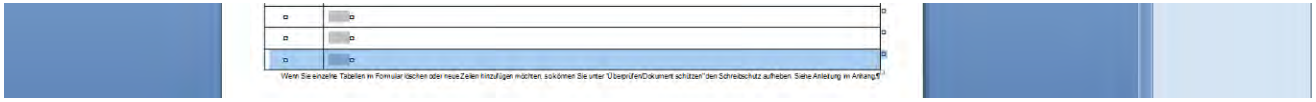
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



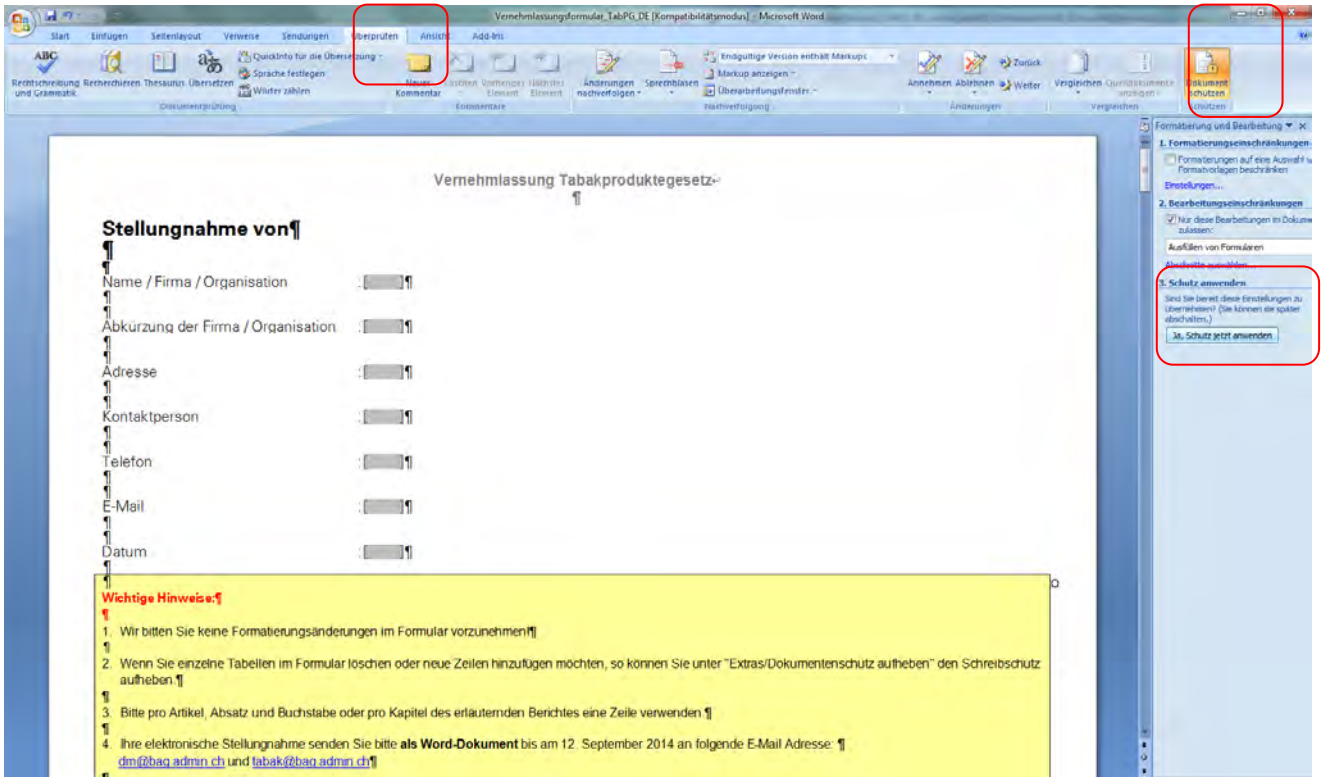
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Tobias Baur

Adresse : Habsburgerstrasse 15, 4055 Basel

Telefon : 061 383 79 79

E-Mail : praxis-baur@hin.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
T.Baur	Ich spreche mich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
T.Baur	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
T.Baur	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
T.Baur	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
T.Baur	Ich wehre mich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
T.Baur	21	2		Ich wehre mich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Ich bin der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

T.Baur	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
T.Baur	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft.	

				Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
T.Baur	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
T.Baur	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den	

				Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
T.Baur	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
T.Baur	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen

				gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	
T.Baur	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
T.Baur	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur	Streichung von Art. 54a-e-

				Planwirtschaft in Reinkultur sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr.med. Tobias Wilhelm

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis am Marktplatz

Adresse : Glockengasse 7; 4051 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 061 262 18 17

E-Mail : dr.t.wilhelm@hin.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Sehr geehrte Damen und Herren,

als niedergelassener Psychiater, möchte ich Ihnen meine Kritikpunkte, die auch denen der FMPP entsprechen, am Kostendämpfungsgesetz darlegen. Mit diesem Gesetz bahnen sie eine Entwicklung, die sich immer mehr der Situation in Deutschland angleichen wird. Die therapeutische Beziehung zum Patienten halte ich für einen zentralen Punkt bei einer erfolgreichen psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung. Das in der Schweiz die Situation besteht, dass ich den Spielraum eingeräumt bekomme, dem Patienten die Zeit zu geben eine therapeutische Beziehung aufzubauen, die er benötigt, um sich auf eine leitliniengerechte Therapie einzulassen, halte ich für eine grosse Errungenschaft. In dem jetzt geplanten Gesetzentwurf werden Instrumente eingeführt, die zur Folge haben, dass die niedergelassenen Ärzte ihre Therapie zunehmend nicht mehr an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten ausrichten werden, sondern an ökonomischen Zwängen. Für einen ambulanten Psychiater heisst das, er wird möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit abwickeln. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung hat aber durchaus mit der vorhandenen Zeit zu tun. Ein Patient, der sich bei seinem ambulanten Arzt nicht verstanden und aufgehoben führt, wird wesentlich weniger compliant sein, häufig den Arzt wechseln und wahrscheinlich häufiger stationär behandelt werden oder sich gar nicht behandeln lassen, so dass vielleicht ein anderer Kostenträger zuständig sein wird, aber gesamtgesellschaftlich die finanziellen Kosten höher sein werden. Da ich viel Kontakt mit deutschen psychiatrischen Kollegen pflege, habe ich whs. einen guten Überblick über das deutsche System. Die ambulante psychiatrische Versorgung ist dort deutlich schlechter.

Freundliche Grüsse

Dr. Tobias Wilhelm

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **4**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **6**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Wilhelm	Ich spreche mich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits in Deutschland begangen wurden.
Wilhelm	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
Wilhelm	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
Wilhelm	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
Wilhelm	Ich wehre mich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde.

	Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Wilhelm	21	2	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21	IC wehre sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Ich bin der Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

Wilhelm	32	3	Art. 32, Abs. 3	Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden.	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
Wilhelm	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung	

				der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
Wilhelm	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
Wilhelm	40a-d	Alles streichen	Art. 40a-40d	Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und**	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				Patienten erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies	

				beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
Wilhelm	41	1-4	Anpassen analog 40	Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der	Analog 40a-d anzupassen.

				Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	
Wilhelm	41a	1-4	streichen	Bisherigen Art. 41a beibehalten	Analog 40a-d anzupassen.
Wilhelm	41b	streichen	streichen		Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
Wilhelm	42	3ter	Satz 1+2 streichen	Es dürfte immer noch Mitglieder der BÜGGELN geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
Wilhelm	48a	1,2	streichen	Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
Wilhelm	54a-e	1-4	streichen	Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil:	Streichung von Art. 54a-e-

				- sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit	

				faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Triaplus AG Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Abkürzung der Firma / Organisation	
Adresse	Widenstrasse 55
Kontaktperson	Erich Baumann, CEO
Telefon	041 726 39 00
E-Mail	Erich.Baumann@triaplus.ch
Datum	10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziels vorgesehenen Massnahmen sind planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Er spricht sich zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und steht für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
	Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen schränken die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall ein. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenz zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von potentiell psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und damit eine sachgerechte Triage vorzunehmen. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Fachexpertise und Weiterbildung.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gerade bei chronifizierten Krankheiten und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - Erstberatungsstellen für psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, direkt bei psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. In der Psychiatrie besteht - anders als in vielen anderen Fachgebieten - nachweislich eine starke Unterversorgung (z.B. wegen Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten mit Psychosen und somatoformen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert werden. Längerfristig führt dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führt, dass möglichst gesunde Risiken und Patienten/innen mit leichten bzw. mit komplexen psychischen Störungen selektioniert werden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt wird. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Die Folge wären Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen mit entsprechenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die systemrelevanten sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würde die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil die aktuellen (TARMED) und geplanten (TARDOC) Tarifsysteme die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlich gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen werden und zu einer Segregation zwischen leichten und komplexen schweren Krankheitsbildern führen. Kranke Personen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten werden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozialpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegenden, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig ausgeprägt ist. Insbesondere ist die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen ein Hinderungsgrund. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und TARDOC nicht abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind (das ist der Grund, warum DRGs sich in der Psychiatrie nicht bewährt haben), schlagen wir ein Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen.	
	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Universitäre Medizin Schweiz
Médecine Universitaire Suisse

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Herrn Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Per E-Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Ort, Datum:	Bern, 10. Dezember 2020	Direktwahl:	031 306 93 85
Ansprechpartnerin:	Agnes Nienhaus	E-Mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren zur Teilrevision des KVG «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2»

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme in der obenerwähnten Vernehmlassung gegeben. Gerne nehmen wir diese Möglichkeit wahr und möchten Ihnen unsere Beurteilung zur Vorlage mitteilen.

Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) unterstützt die Stellungnahme von H+ vom 10. Dezember 2020 zum Massnahmenpaket ausdrücklich.

Generelle Bemerkungen

unimedsuisse lehnt die Vorlage als indirekten Gegenvorschlag zur eidg. Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» ab. Es müssen gezielte Massnahmen ergriffen werden, die die effektiven Brennpunkte der Kostensteigerungen in den Fokus rücken.

Die soeben für das Jahr 2018 herausgekommene Statistik des Gesundheitskosten zeigt, dass sich die Gesundheitskosten in den zwei letzten ausgewerteten Jahren stabilisiert haben. Dazu haben die Akutspitäler einen grossen Beitrag geleistet: Bei den stationären Leistungen gehen die Kosten zurück und bei den spitalambulanten Leistungen stabilisieren sich die Kosten obwohl weiterhin Verlagerungen von der stationären in die ambulante Versorgung umgesetzt werden. Die grössten Kostensteigerungen zeigen sich in den letzten Jahren bei der Langzeitpflege und in der Prävention – zwei Bereiche, in denen das Kostenwachstum aus demografischen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten gut begründet sind. Die Kostenentwicklung im Bereich der Arzneimittel, Laboranalysen und Medizinprodukte schwankt hingegen stark und bleibt ein Brennpunkt, der ein genaueres Hinsehen sinnvoll macht.

Ein weiterer Mangel der Vorlage ist, dass sie ausschliesslich von der Kostenperspektive und Kostenregulierung ausgeht und die Versorgungsperspektive bzw. die Realität der Versorgung nicht abbildet. Da die Auswirkungen der Massnahmen auf die Versorgungspraxis nicht reflektiert werden, sind die Massnahmen konzeptionell zu wenig durchdacht. Dies wird neue Fehlanreize nach sich ziehen und dazu führen, dass gut gemeinte Massnahmen etwa zur vernetzten Versorgung wirkungslos bleiben. Massnahmen,

welche das Versorgungsgefüge als Ganzes betreffen, müssen zwingend auf soliden Versorgungskonzepten beruhen. Diese sind in der Vorlage nicht sichtbar.

Schliesslich unterlässt es die Vorlage, zu thematisieren, wie die Ziele der Kostendämpfung mit dem medizinischen Fortschritt (technische Innovationen, neue Behandlungsansätze) und mit dem Megatrend der Verschiebung vom Spitalsektor in die ambulante Versorgung in Einklang gebracht werden.

Im Hinblick auf die 10 Massnahmen der Vorlagen möchte unimedsuisse die folgenden Punkte besonders hervorheben.

Massnahme 1: Zielvorgaben betr. Kostenziele und Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen

unimedsuisse unterstützt vollumfänglich die sehr detaillierte Stellungnahme von H+, welche die Schwächen und Gefahren der Massnahme 1 aufgezeigt hat. Entsprechend beschränken wir uns im Folgenden auf einige allgemeine Bemerkungen.

unimedsuisse erachtet die vorgeschlagenen Zielvorgaben betr. Kostenziele mit Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreibungen – die auf dem Konzept von Globalbudgets beruhen – als falschen Ansatz zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Wie H+ in seiner Stellungnahme ausführt, stellt die Massnahme die Kostensteuerung als Steuerungsinstrument über alle anderen regulatorischen Vorgaben. Die Massnahme macht damit die Gesundheitsversorgung zum Spielball der kantonalen Finanzpolitik. Auch wenn der Versorgungsauftrag nach wie vor in den kantonalen Verfassungen verankert bleibt, so wird der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bzw. die Gewährleistung einer guten Versorgung in der politischen Aushandlung der Zielvorgaben an Gewicht verlieren. Die Kantone werden ausserdem sich auf die grossen Kostenblöcke aus Kantonssicht fokussieren, um ihren Finanzierungbeitrag als Finanzierungsträger zu optimieren. Das Ziel müsste jedoch sein, neue Regulierungen und Massnahmen gezielt auf jene Bereiche auszurichten, in denen die Kostenentwicklung nicht der Entwicklung des Versorgungsbedarfs entsprechen, in denen Fehlanreize bestehen oder Rationalisierungspotenzial besteht. Mit der Vorlage ist ein solch gezieltes Vorgehen nicht realistisch.

Mit ihrem starren und undifferenzierten Ansatz dürfte die Massnahme die Einführung neuer Behandlungsmethoden in Spitälern, insbesondere in den Universitätsspitälern, behindern. Bereits heute werden die zusätzlichen Kosten neuer Techniken für hospitalisierte Patientinnen und Patienten während einer mehrjährigen Phase von den Spitälern getragen, bevor sie im System von SwissDRG abgebildet sind. Mit den geplanten Massnahmen werden die negativen Anreize für Spitäler zur Einführung neuer Methoden verstärkt und auf den ambulanten Sektor ausgedehnt. Um zu vermeiden, dass Schweizer Patientinnen und Patienten der Nutzen von Innovationen vorenthalten wird, müssen für Innovationen Ausnahmen von den Zielvorgaben gemacht werden. Eine allgemeine Betrachtung des medizinisch-technischen Fortschritts, wie sie in der Vorlage vorgesehen wird, ist nicht ausreichend und zielgerichtet genug.

In Bezug auf die konkrete Ausgestaltung beurteilen wir insbesondere das beschriebene Vorgehen bei Überschreitung der Kostenziele als höchst problematisch:

- Das von allen Partnern im Gesundheitswesen hoch gehaltene Prinzip des Verhandlungsprimates würde mit diesen Massnahmen faktisch ausgehebelt.
- Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt werden müssen, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden.
- Der Druck auf die Verhandlungspartner, partnerschaftliche und tragfähige Lösungen zu erarbeiten, fällt weg. Insbesondere die Kostenträger werden – im Wissen, dass der Kanton/Bundesrat schon eingreifen wird – sich zurücklehnen können und keine Kompromissbereitschaft mehr zeigen.

- Eine Prozessflut wäre die Konsequenz und über die Hintertür würden damit Amtstarife im Gesundheitswesen eingeführt.

Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass wir die Umsetzbarkeit der Massnahme als äusserst unrealistisch erachten: Gemäss Art. 54d Abs. 1 müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Es stellt sich die Frage, wie dies umgesetzt werden soll in Situationen, in denen seit mehreren Jahren keine Tarifverträge zustande gekommen sind und mit provisorischen Arbeitstarifen gearbeitet wird.

unimedsuisse lehnt die Massnahme 1 der Zielvorgabe betr. Kostenziele und Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen entschieden ab. Der damit verbundene Systemwechsel stellt die Kostensteuerung über die Gewährleistung der Versorgung und steht im Widerspruch zu den zentralen geltenden Grundsätzen des KVG, darunter die Zusicherung eines verlässlichen Zugangs der Versicherten zu Leistungen, das Konzepts der Tarifpartnerschaft und das Prinzip des Wettbewerbs im Schweizerischen Gesundheitswesen. Die Vorlage behindert ausserdem, dass der medizinische Fortschritt der Bevölkerung zugutekommt.

unimedsuisse erachtet es als elementar, Massnahmen zur Kostendämpfung gezielt auf die Ausmerzung von Fehlanreizen sowie auf die Ausschöpfung der Rationalisierungspotenzials des Gesundheitswesens auszurichten und ist gerne bereit, an entsprechenden Reformen mitzuwirken.

Massnahme 2: Erstberatungsstelle

Grundsätzlich begrüssen wir Erstberatungsstellen im Gesundheitswesen, die neben der Rolle als verlässliche Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten auch die Funktion als Gatekeeper einnehmen. Das Konzept, das der Vorlage zugrunde liegt, erachten wir jedoch als zu eng und noch nicht ausgereift.

Der in der Vorlage vorgesehene Zwang zur Wahl einer Erstberatungsstelle ist problematisch, da es die Freiheit der Versicherten zur Wahl ihrer Leistungserbringer stark eingeschränkt. Patientinnen und Patienten werden stark von der Erstberatungsstelle abhängig, auch weil sie die Erstberatungsstelle nicht einfach wechseln können, sondern der Bundesrat festlegt, unter welchen Bedingungen ein Wechsel möglich ist und sogar der Versicherer eine Erstberatungsstelle bestimmen kann, falls die versicherte Person noch keine hat. Gleichzeitig birgt die Vorlage das Risiko einer Risikoselektion durch die Erstberatungsstellen, indem diese bevorzugt gesunde Personen annehmen und chronisch kranke, multimorbide oder ältere Positionen benachteiligt werden.

Das System mit Erstberatungsstellen in der vorliegenden Form wird nicht nur kostendämpfend wirken sondern beinhaltet auch kostentreibende Elemente:

- Die administrative Last wird sich für alle beteiligten Akteure zwangsläufig erhöhen. Das Führen resp. Aktualisieren der Listen (welche Erstberatungsstelle von welchen Versicherten gewählt wurden) wird nicht ohne Aufwand zu bewerkstelligen sein, sowohl bei den Kantonen, wie auch bei den Versicherern und Leistungserbringern. Die Prüfung, ob eine korrekte Überweisung vorliegt, ist aufwändig und müsste auf Rückfrage des Versicherers lückenlos nachgewiesen werden können.
- Dass Überweisungen nur durch die Erstberatungsstelle möglich sind, bedeutet, dass jede Entscheidung zu einer Weiterverweisung, etwa an einen Spezialisten oder in ein Spital wieder mit der Erstberatungsstelle abgestimmt werden muss. Dies ist aufwändig und nicht praktikabel.

Gegenwärtig werden in den Notfallabteilungen grosser Spitäler, insbesondere Universitätsspitälern, viele Patienten behandelt, die keinen Hausarzt haben. Dies ist vor allem auf den Mangel an Hausärzten in grossen Ballungsräumen sowie auf den sozioökonomischen Status der Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Es ist unwahrscheinlich, dass die geplanten Verwaltungsmassnahmen diese Probleme

lösen werden. Die Spitäler müssen daher in der Lage sein, diese Patienten ohne unnötige bürokratische Hindernisse weiter zu behandeln.

Es ist ausserdem nicht ganz klar, ob Spitäler nach Art. 40a Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstelle zulässig wären. Der Artikel sollte klarer formuliert werden, um es denjenigen Spitälern, die diese Funktion übernehmen möchten, zu ermöglichen, als Erstberatungsstelle zu fungieren. Gerade für polymorbide Personen und Personen mit komplexen chronischen Krankheiten ist eine solche Erstberatungsstelle an einem Universitätsspital von hoher Bedeutung. Darüber hinaus ist es wichtig, dass grosse Institutionen wie etwa Universitätskliniken in der Lage sind, Patienten von einer internen Klinik mit dem Status einer ersten Anlaufstelle in eine andere Klinik zu verlegen. Gemäss dem aktuellen Gesetzes-Entwurf wäre dies aber nicht zulässig, weil in Art. 40b Abs. 1 Bst. b nur von einer «Überweisung an einen anderen Leistungserbringer» die Rede ist. Unseres Erachtens muss deshalb der entsprechende Text angepasst werden (siehe untenstehenden Wortlaut).

Die Vorlage sieht ausserdem vor, dass die Versicherten eine Erstberatungsstelle aus einer kantonalen Liste wählen können. Es ist dabei wichtig zu betonen, dass Versicherte die Möglichkeit haben müssen, auch Erstberatungsstellen aus anderen Kantonen zu wählen, etwa, wenn sie spezifische chronische Krankheiten haben, für die gute Erstberatungsstellen in einem anderen Kanton vorhanden sind. Auch für Personen, die nahe an einer Kantonsgrenze wohnen oder die in einem kleinen Kanton ohne breite Auswahlmöglichkeiten leben, ist eine Beschränkung auf eine kantonale Liste nicht zumutbar. Art. 40a Abs. 46 muss deshalb klarer formuliert werden.

unimedsuisse erachtet ausserdem die Regelung in Art. 40c Abs. 3, dass der Bundesrat eine Einheitspauschale für Erstberatungsstellen festlegt, nicht als akzeptabel. Je nach Patientenstruktur einer Erstberatungsstelle werden die jährlichen Durchschnittskosten dieser Leistungserbringer stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit komplexeren Patientinnen und Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Werden Erstberatungsstellen umgesetzt, so ist es deshalb wichtig, dass die Vergütung mittels differenzierter Pauschalen erfolgt oder die Abgeltung von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt wird.

Als letzten Punkt möchten wir Fragen der Aus- und Weiterbildung aufführen. Um ihren Auftrag im Bereich des Aus- und Weiterbildungsauftrag für die Ärztinnen und Ärzte (Unterassistenz- und Assistenzstellen) aufrechterhalten und umsetzen zu können, müssen die Universitätsspitäler die Aufgaben einer Erstberatungsstelle in ihren Ausbildungsprogrammen integrieren können, unter anderem in den Abteilungen für Allgemeine Innere Medizin, in den Polikliniken und in der Pädiatrie. Es ist nicht klar, wie dies mit dieser Vorlage umgesetzt werden kann.

unimedsuisse **lehnt die Erstberatungsstelle ihn der vorliegenden Form ab**. Sie ist zu eng konzipiert und verursacht einen hohen bürokratischen Aufwand. Sie erschwert Überweisungsabläufe unnötig. Gleichzeitig birgt sie Risiken von Fehlanreizen wie etwa die Risikoselektion durch die Leistungserbringer mit dem Status als Erstberatungsstelle und kann chronisch kranke und ältere Personen benachteiligen.

Wird die Massnahme der Erstberatungsstellen umgesetzt, so sind mehrere Anpassungen am Entwurf vorzunehmen. unimedsuisse beantragt für diesen Fall folgende Anpassungen:

- Der Zwang zur Wahl einer Erstberatungsstelle muss aufgehoben werden.
- Art. 40a Abs. 2 Bst c: Die Beurteilung zur Überweisung darf nicht allein bei den Erstberatungsstellen liegen, sondern muss auch durch weitere Leistungserbringer möglich sein.
- Art. 40a Abs. 3 Bst. b: Einrichtungen/Spitäler, die der ambulanten Krankenpflege…

- Art. 40a Abs. 6: Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer der kantonalen Listen der Erstberatungsstellen aufgenommen sind….
- Art. 40a Abs.7: kann ersatzlos gestrichen werden.
- Art. 40b Abs. 1 Bst. b: für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer oder an eine andere Klinik des selbigen Leistungserbringers vorliegt.
- Art. 40d Abs. 1: Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante UIntersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer oder eine andere Klinik des selbigen Leistungserbringers, so …

Massnahme 3: Netzwerke zur koordinierten Versorgung als neue Leistungserbringerkategorie

Seit Jahren besteht ein Konsens unter den Akteuren der Gesundheitspolitik, dass die koordinierte Versorgung gefördert werden soll. Nachdem die Tarifeingriffe des Bundesrates in den letzten Jahren mehrfach zu einer Schwächung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beigetragen haben, unternimmt der Bund mit der jetzigen Vorlage einen Versuch, die koordinierte Versorgung zu stärken. Netzwerke als abgeltungsberechtigte Leistungserbringer sollen dabei vor allem für chronisch kranke und multimorbide PatientInnen zur Anwendung kommen. Die Netzwerke sollen im ambulanten Bereich mit **Pauschalen** abrechnen, deren Erträge innerhalb der Netzwerke verteilt werden. Die Pauschalen sollen dabei die Leistungen der gesamten Versorgungskette abdecken. Die Leistungen müssen dazu im Detail erfasst und für die Tarifermittlung und -verhandlung transparent gemacht werden. In den Erläuterungen wird darauf hingewiesen, dass solche Netzwerke besonders für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sein dürften. Dies weist darauf hin, dass es hier primär um eine Art Weiterentwicklung der Gruppenpraxen bzw. neuer Modelle der ärztlichen Praxen gehen soll, die einfach mit einer Pauschale für sämtliche Leistungen statt ambulanten Leistungstarifen gemäss Tarmed vergütet werden sollen.

unimedsuisse begrüsst die Idee, die koordinierte Versorgung im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit und einer verstärkten Kooperation der Leistungserbringer entlang der gesamten Versorgungskette zu stärken. Die Konzeption der Netzwerke als eigenständige Leistungserbringer ist aus unserer Sicht allerdings nicht klar und deren Ausgestaltung in den rechtlichen Rahmenbedingungen noch nicht ausgereift. So ist nicht klar, ob es sich um Netzwerke im Sinne von allgemeinen Managed-Care-Gruppenpraxen (unter einem Dach) und Managed Care-Verbünden (regionale Netzwerke) gehen soll oder eher um krankheitsspezifische regionale Netzwerke, die Behandlungspfade für spezifische Patientengruppen vorsehen. Denn ambulante Gruppenpraxen verfügen in der Regel über ein äusserst gemischtes Patientengut, während Netzwerke, die sich auf chronische und multimorbide Patientengruppen spezialisieren, ganz anders zusammengesetzt sein müssen und einen anderen Grad an Spezialisierung benötigen. Es ist deshalb unser Eindruck, dass mit der Massnahme die Managed-Care-Vorlage, die 2012 vom Volk verworfen wurde, über eine neue Begrifflichkeit doch noch eingeführt werden soll. Die Schwächen der Managed-Care-Vorlage von 2012 – namentlich die Aufhängung an einem Versicherungsmodell anstatt an einer Versorgungskonzeption – werden in der Vorlage allerdings nicht ausgeräumt, sondern durch neue Elemente wie die vorgesehene Pauschale für die gesamte Versorgungskette noch weiter verstärkt. Diese Hauptschwäche möchten wir im Folgenden genauer aufzeigen.

Die Vorlage geht von einer eingeschränkten Konzeption der ambulanten Versorgung aus. Sie ist vor allem auf Praxen von niedergelassenen Ärzten und mit diesem verbundenen Leistungserbringern wie Spitex, und ambulante Therapieangebote wie Physiotherapie etc. ausgerichtet. Es wird entsprechend nicht klar, wie die Spitäler mit ihren spitalambulanten Leistungen, Konsilien, Notfallangeboten und stationären Leistungen bei Krankheitsentgleisungen in die Netzwerke eingebunden werden können. Für eine Versorgung über die gesamte Versorgungskette sind jedoch die spitalambulanten Leistungen zwingend

notwendig. Die Idee einer Versorgung über die gesamte Versorgungskette – wie es die Vorlage immer wieder betont – kann mit dem Modell unseres Erachtens nicht umgesetzt werden. Allenfalls ist eine Zusammenarbeit von regionalen Netzwerken von niedergelassenen Leistungserbringern mit kleinen Spitälern mit kleinem Einzugsgebiet möglich. Schon bei Zentrumsspitälern wird die Integration der spezialisierten spitalambulanten Leistungen in die koordinierten Versorgungsketten (mit entsprechenden Pauschalen) schwieriger, bei Universitätsspitälern als Endversorgern in allen Krankheitsbereichen ist diese Integration quasi unmöglich. Eine Versorgungskette, in welche die Endversorgung nicht eingezogen ist, kann jedoch nie als «gesamte Versorgungskette» bezeichnet werden. Die Vorlage schafft damit neue Gräben zwischen niedergelassenen Angeboten zur spitalambulanten und stationären Versorgung.

Entsprechend diesen Ausführungen ist auch die skizzierte Wirkungsweise der Pauschalen wenig überzeugend: So kann das Konzept von ambulanten Pauschalen für multimorbide und chronisch kranke PatientInnen u.E. nur dann funktionieren, wenn die Leistungen einigermassen standardisiert werden können. Innerhalb der Versorgungskette ist dies allenfalls für die Leistungen der Grundversorgung und weniger spezialisierten Versorger möglich. Sobald Fälle komplexer werden, Komplikationen eintreten und vertiefte Abklärungen notwendig werden, Spezialisten oder sogar universitäre Leistungen zugezogen werden müssen, sind übergreifende Pauschalen kaum mehr anwendbar. Bei einer umfassenden Pauschale müssen aber genau diese Leistungen ebenfalls mitinbegriffen sein. Die vorgesehene Pauschale birgt die Gefahr, dass auf die einfach zu berechnenden Fälle abgestellt wird und die hohen Kosten der komplexen Fälle zu gering bewertet werden. Damit werden die spezialisierten Leistungserbringer, welche die Hochkostenfälle übernehmen, zu wenig abgebildet und entsprechend unterfinanziert – ein Mechanismus, der bereits für das DRG-System bekannt ist und dazu führt, dass die Leistungen der Universitätsspitäler im Abgeltungssystem systematisch falsch abgebildet werden.

Ausserdem geht die Vorlage davon aus, dass die vorgesehene Pauschale nur die Leistungen am Patienten umfassen. Doch jedes Netzwerk bringt auch einen Koordinationsaufwand mit sich, für die Netzwerkstruktur, die Koordination unter den Partnern, gemeinsame Datenstrukturen, Erfüllung von Auflagen und Anforderungen, Erhebung von Kostendaten, die Verhandlung mit den Krankenversicherern etc. Diese Kosten der Koordination im Netzwerk und zur Erfüllung der Auflagen werden weder im Rechtstext noch in den Erläuterungen erwähnt und sind offensichtlich nicht für eine Integration in der Pauschale vorgesehen. Bereits heute gibt es Netzwerke und Patientenpfade für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten (z.B. Brustzentrum Aare für Brustkrebs). Eine der Hürden zur Bildung solcher Netzwerke sind schon heute die hohen Transaktionskosten für die Etablierung, Gestaltung und Pflege des Netzwerkes, entsprechend gibt es solche Netzwerke vor allem für häufige Krankheiten. Das vorgelegte Modell von Netzwerken als Leistungserbringern wird entsprechend kaum funktionieren: Wenn die Transaktionskosten für die Etablierung und langfristige Umsetzung der Koordination zwischen den Netzwerkpartnern ignoriert werden, haben die Leistungserbringer kaum Anreize zur Bildung solche Netzwerke. Im günstigeren Fall ist die Vorlage also wirkungslos. Im ungünstigeren Fall kann die Vorlage aber sogar schädlich sein, indem Netzwerken mit Pauschalen Patientinnen und Patienten, wenn sie zu teuer werden, vom ambulanten Setting (in dem die Pauschale gilt) in den stationären Bereich verlegen, oder indem Personen mit ungünstigem Risiko nicht in Versorgungsnetzwerke aufgenommen werden. Soll die Förderung von Netzwerken und koordinierter Versorgung deshalb gelingen und zur Kostendämpfung beitragen, so müssen sowohl Nutzen wie auch Kosten der Koordination ehrlich dargestellt und im Tarifmodell mit einer entsprechenden Setzung von Anreizen abgebildet werden.

Angesichts des Reformstaus beim Tarmed und den bereits lange andauernden und komplexen gesetzgeberischen Arbeiten zur Einführung von ambulanten Pauschalen (im Rahmen von EFAS) erachten wir es ausserdem als unrealistisch, in nutzbringender Frist für ambulante Leistungen im Netzwerk

Pauschalen über die gesamte Versorgungskette bzw. mehrere Leistungserbringer unterschiedlichster Spezialisierung einführen zu können.

Wir möchten ausserdem darauf hinweisen, dass für Universitätsspitäler die vorgesehene Netzwerkkonzeption mit einem enormen administrativen Aufwand verbunden wäre. So müssten aufgrund der Vorgabe der umfassenden Versorgungskette in jedem Netzwerk auch spezialisierte Leistungserbringer mit Endversorgungsfunktion angeschlossen sein oder es müssten mit diesen Kooperationsverträge abgeschlossen werden, was bedeutet, dass Universitätsspitäler ihre Leistungen mit einer Vielzahl von Netzwerken vertraglich sichern müssten.

Schliesslich möchte unimedsuisse als Mitglied der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten (kosek) seine Enttäuschung darüber ausdrücken, dass die nationalen Netzwerke, die im Rahmen der bundesrätlichen Massnahmen zu den seltenen Krankheiten geschaffen werden, konzeptionell in der Massnahme 3 nicht mitgedacht wurden und aufgrund der vorgelegten Rahmenbedingungen auch nicht als Leistungserbringer anerkannt werden könnten. Obwohl es für chronisch Erkrankte gelten soll, ist das Modell für den Bereich der seltenen Krankheiten nicht attraktiv.

- Netzwerke für die Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheiten sind als Mittel anerkannt, die Versorgung dieser Gruppe von chronisch Erkrankten schweizweit zu organisieren, und so die Versorgung zu verbessern und effizient zu gestalten. Die kosek fördert seit 2017 die Schaffung von entsprechenden schweizweiten Netzwerken, die eine Verantwortung in der Versorgung dieser unterversorgten Patientengruppe übernehmen. Die Netzwerke gemäss Vorlage sind jedoch lokal oder regional gedacht, nationale Netzwerke sind nicht vorgesehen.
- Ambulante Pauschalen funktionieren für seltene Krankheiten nicht, weil die Leistungen aufgrund der Heterogenität der Krankheiten und Leistungen kaum standardisiert werden können.
- Aus der Projekterfahrung der kosek wird klar, dass die fehlende Abgeltung des Koordinationsaufwandes im Netzwerk von Leistungserbringern wie auch die Koordination für einzelne Betroffene – schon heute ein wichtiger Hemmschuh bei der Etablierung der Netzwerke für seltene Krankheiten darstellt. Die Annahme der Motion zur besseren Abgeltung von koordinierter Versorgung im Parlament gaben den Projekten der kosek auf diesem Hintergrund eine Zukunftsperspektive, denn auch wenn der Initialaufwand bei der Netzwerkbildung in der kosek nicht abgegolten wird, so bestand doch die Möglichkeit einer zukünftigen Finanzierung des Koordinationsaufwands. Diese Perspektive wird mit der Vorlage zerschlagen: Ohne eine entsprechende Abgeltung wird es schwierig sein, die Netzwerke für seltene Krankheiten über alle Bereiche der seltenen Krankheiten aufzubauen und nachhaltig zu sichern. Seltene Krankheiten sind für die beteiligten Spitäler in der Regel schon so ein Verlustgeschäft; kommt noch der Koordinationsaufwand hinzu, fehlen die Anreize, sich langfristig zu engagieren, vollumfänglich.
- Die Netzwerkkonzeption sieht keine Beteiligung von Patientenorganisationen bzw. Patientenvertreter vor, diese ist aus Sicht der kosek für chronische Krankheiten jedoch wichtig und entspricht auch den strategischen Zielen des Bundes, die Position der Patienten und Patientinnen in der Versorgung zu stärken.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es die Vorlage verpasst, ein ausgereiftes Modell für die koordinierte Versorgung bei chronischen Krankheiten zu entwickeln und über eine angemessene Abgeltung Anreize zu schaffen, dieses auch umzusetzen. Damit erfüllt die Vorlage unseres Erachtens die Aufträge der zugrundeliegenden Motion Humbel «Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung» nicht.

unimedsuisse ist der Ansicht, dass für die Etablierung einer echten koordinierten Versorgung eine weit weniger komplizierte KVG-Revision notwendig ist. Dabei müsste auf die Pauschale für die gesamte

Versorgungskette verzichtet und ein viel einfacheres Abgeltungsmodell für Netzwerke eingeführt werden, welches echte Anreize für die Koordination und entsprechende Effizienzgewinne erlaubt: Die individuellen Leistungen der einzelnen Leistungserbringer im Netzwerk können dabei weiterhin individuell abgerechnet werden, gleichzeitig sollte jedoch eine Abgeltung für die Koordinationsleistungen selbst (für den einzelnen Patienten und für das Netzwerk) vorgesehen werden. Diese Abgeltung kann an anerkannte Netzwerke ausbezahlt werden und muss von diesen für die Gestaltung und Pflege des Netzwerkes verwendet werden. Ausserdem möchten wir erwähnen, dass nachhaltig verbesserte Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung bereits im Rahmen des heutigen KVG möglich sind, etwa indem die Limitationen für Koordinationsleistungen für spezifische Gruppen von Patientinnen und Patienten flexibler gestaltet werden und diese in den Verordnungen besser differenziert werden. So wären bereits heute mehr Koordinationsleistungen etwa im Bereich der patientenfernen Leistungen möglich. Eine derartige Reform ist möglich und auch im Hinblick auf die Einführung von Pauschalen im ambulanten Bereich (gemäss EFAS) ein angemessener erster Schritt.

Beibehalten werden kann die Idee einer Anerkennung von Netzwerken als eigenständige Leistungserbringer. Dazu müsste eine unabhängige Anerkennung oder Zulassung der Netzwerke als Leistungserbringer geschaffen werden. Dieser Anerkennungsprozess sollte nicht von den Krankenversicherern vorgenommen und in Tarifverhandlungen ausgehandelt werden, sondern sollte nach dem Nutzen für die Versorgung beurteilt werden. Diese Beurteilung könnte entweder durch unabhängige Zertifizierungsunternehmen oder durch ein gemeinsames Gremium der Stakeholder unter Führung der Kantone durchgeführt werden.

Bereits heute bestehen Netzwerke, die sich für eine solche Anerkennung interessieren. Es ist sinnvoll, mit diesen Netzwerken zu starten. Möglich ist ausserdem, dass solche Netzwerke Pilotprojekte durchführen, um differenzierte Pauschalen für verschiedene Patientengruppen zu entwickeln (z.B. Patientinnen/en bei guter Gesundheit, fragile/multimorbide Personen und Patientinnen/en mit komplexem Bedarf). Solche Pilotprojekte werden durch die Massnahmen des ersten Massnahmenpakets ermöglicht (Experimentierartikel) und könnten die Grundlage dazu legen, eine differenzierte Abgeltung der vorgesehenen Netzwerke zu schaffen und die richtigen Anreize zu schaffen.

unimedsuisse lehnt die Massnahme 3 **der Netzwerke als eigenständige Leistungserbringer in der vorliegenden Form** ab. Die Vorlage ist von einer abstrakten Vorstellung von Managed Care her gedacht und schafft es nicht, zu klären, wie die zugrundeliegende koordinierte Versorgung in «umfassenden Versorgungsketten» funktionieren soll.

Für einen kohärenten Rechtsrahmen muss zwingend ein Konzept von koordinierter Versorgung im Netzwerk vorliegen, welches von der **Versorgung von chronischen Kranken** her gedacht ist und welche angemessene Abgeltungsmodelle mit echten Anreizen zur Koordination schafft.

Die **Idee von Pauschalen für die gesamte Versorgungskette muss unseres Erachtens fallen gelassen werden, da sie nicht umsetzbar ist**. Die Anerkennung von Netzwerken als Leistungserbringern und die Abgeltung der koordinierten Versorgung **kann im Rahmen von einfacheren Reformschritten** verbessert werden. unimedsuisse ist mit seinen Erfahrungen im Bereich der Schaffung von Versorgungsnetzen gerne bereit, zur Erarbeitung angepasster Modelle beizutragen.

unimedsuisse schlägt ausserdem vor, die Idee von Netzwerken auch im Rahmen von Pilotprojekten weiterzuverfolgen, um damit differenzierte Abgeltungsmodelle zu entwickeln und gleichzeitig die richtigen Anreize für alle Beteiligten zu schaffen. Dies ist unseres Erachtens im Rahmen der Massnahmen des ersten Revisionspaketes möglich.

Massnahme 4: Programme der Patientenversorgung

Die Massnahme 4 hat einen breiten Anspruch, indem für Programme der Patientenversorgung ein eigener Artikel unter Art 25. Absatz 2 Bst. i geschaffen wird. unimedsuisse befürwortet diese explizite Nennung von Programmen der Patientenversorgung als eigenständige Leistungen unter Art. 25. Aus den Erläuterungen wird jedoch klar, dass bereits heute Programme der Patientenversorgung bestehen und gemäss KVG auch möglich sind. Die Ergänzungen sind entsprechend vor allem dazu notwendig, es Apothekerinnen und Apothekern zu ermöglichen, unter ärztlicher Leitung Leistungen in Patientensteuerungsprogrammen zu erbringen und abzurechnen.

Unser Verband erachtet es als richtig, dass der Rechtstext offen formuliert ist und damit ganz unterschiedliche Programme möglich werden. Die Massnahme 4 ist – wird sie gemäss Vorlage umgesetzt – mit geringeren administrativen Hürden und Transaktionskosten verbunden, was eine hohe Wirksamkeit fördert.

Während gemäss Art. 33 Abs 3^{bis} der Bundesrat die Voraussetzungen für Programme festlegt und das Departement des Innern die Programme genehmigt, sind es die Versicherer und Leistungserbringer, die die Tarife dafür aushandeln müssen. Auch hier erachtet der Bund Pauschalen als sinnvoll, setzt diese aber nicht voraus. Dies erachten wir als pragmatisch, da Programme zur Patientenversorgung sehr unterschiedlich gestaltet sind und betr. der beteiligten Leistungserbringer stark variieren können.

Was ein strukturiertes Programm zur Patientenversorgung ist, bleibt in der Vorlage allerdings vage. Es ist deshalb wichtig, dass der Bund im Rahmen der Erarbeitung des Verordnungsrechts die konzeptuellen Vorstellungen zu derartigen Programmen vorlegt und diese mit Vertretern der Versorgung abgleicht, damit aktuelle und zukünftige Entwicklungen im Bereich strukturierter Patientenprogramme möglich bleiben.

unimedsuisse **befürwortet die gemäss Massnahme 4 enthaltenen Anpassungen von Art. 25 Abs 2 Bst. h und i und Art 33 Abs 3^{bis}.** Bei der Ausarbeitung des Verordnungsrechts wird es wichtig sein, der Dynamik im Bereich von strukturierten Patientenversorgung gerecht zu werden und zukünftige, vielversprechende Entwicklungen nicht durch eine enge Regulierung zu behindern.

Massnahmen 5 und 6: Preismodelle und Ausnahme von den diesbezüglichen Offenlegungspflichten

unimedsuisse erachtet es als wichtig, dass bei der Einführung von neuen Arzneimitteln, Arzneimittelkombinationen und Medizinprodukten verlässliche Rahmenbedingungen für die Vergütung bestehen. Die hohe Dynamik in der Forschung und Entwicklung in diesem Bereich macht eine entsprechende Revision der Rechtsgrundlagen zwingend notwendig. Unser Verband erachtet es dabei als richtig, dass angepasste Preismodelle möglich sind, die die Unsicherheiten im Bereich der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit angemessen einbeziehen.

Die universitäre Medizin ist daran interessiert, neue Therapieoptionen für die Gewährleistung einer qualitativ guten Versorgung in der Schweiz rasch einführen zu können. unimedsuisse erachtet es deshalb als richtig, dass die Schweiz die internationalen Entwicklungen bei den Vergütungsmodellen für Arzneimittel nachvollziehen kann und entsprechende Preismodelle umsetzen kann.

unimedsuisse beurteilt die Regelungen der Rückerstattungen gemäss Art. 18 Abs, $2^{septies}$ Bst. b und Art. 52b als zwiespältig. Einerseits könnten mit den vorgesehenen Abläufen Rückerstattungen ohne grossen bürokratischen Aufwand ermöglicht werden. Gleichzeitig steht diese Ausgestaltung der Rückerstattungen möglicherweise im Widerspruch mit dem heute gültigen Art.56 Abs. 3^{bis} KVG sowie Art. 76a KVV betreffend nicht vollständige Weitergabe der Vergünstigungen für Arzneimittel und Medizinprodukte. Die

Abhängigkeiten zwischen der Rückerstattung, die der Bund verlangen kann und den nicht vollständigen Weitergaben von Vergünstigungen gemäss VITH müssten zwingend geklärt werden.

Ausserdem ist zu beachten, dass die Rückerstattungen in der Statistik transparent gemacht bzw. korrekt verbucht werden müssen, damit die Kosten der Versorgungsbereiche korrekt abgebildet sind.

Aus ordnungspolitischer Sicht ist es störend, wenn Preise und Rückvergütungen nicht offengelegt werden. Die im Gesetz vorgesehenen Ausnahmen zur Offenlegungspflicht sind jedoch notwendig, um Schweizer Patientinnen und Patienten den Zugang zu neuen Therapien zu ermöglichen und dazu gute Preise auszuhandeln.

unimedsuisse befürwortet die Einführung von angepassten Preismodellen für Arzneimittel und die Möglichkeit, Preise und Rückvergütungsvereinbarungen von der Offenlegungspflicht auszunehmen. Im Hinblick auf die Rückvergütungen muss allerdings geklärt werden, **wie die verschiedenen Abläufe im Bereich von Rückvergütungen und Weitergabe von Vergünstigungen (gemäss VITH)** zueinander stehen.

Rückerstattungen müssen ausserdem statistisch korrekt den Versorgungsbereichen und Kostenblöcken zugeordnet werden, damit die Kosten des Gesundheitswesens korrekt abgebildet werden.

Massnahme 7: Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien

unimedsuisse unterstützt die Ergänzung Art. 32 durch einen Abs. 3, der dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, die konkrete Durchführung der Prüfung der WZW-Kriterien auf Verordnungsebene zu regeln. Es ist dabei richtig, differenzierte Vorgaben für die Prüfung vorzusehen.

Aufgrund der sehr allgemein gehaltenen Bestimmung im KVG erachten wir es jedoch als zentral, wie diese Bestimmung im Rahmen des Verordnungsrechts umgesetzt wird. Die Formulierung aus den Erläuterungen, dass der Bundesrat auf Verordnungsstufe das Ziel verfolgen soll, Kriterien für eine «möglichst kostengünstige Vergütung» festzulegen, ist uns deshalb nicht einsichtig. Eine effiziente Leistungserbringung ist nicht gleichzusetzen mit «möglichst kostengünstiger Vergütung». Mit letzterer Formulierung wird impliziert, dass Preisdruck auch unabhängig von den anrechenbaren Kosten und sachgerechten Vergütungen angestrebt wird. Tarife und Vergütungen müssen nach wie vor sachgerecht bemessen sein und den anrechenbaren Kosten folgen.

Gleichzeitig möchte unimedsuisse auf wichtige Stolpersteine bei der Anwendung der WZW-Kriterien im Bereich der seltenen Krankheiten aufmerksam machen. Der Nachweis der WZW-Kriterien ist bei seltenen Krankheiten oft erschwert, weil wenig Literatur vorliegt und aufgrund der Seltenheit die Studienbedingungen schwierig sind. Ausserdem ist ein Quervergleich von Therapien oft nicht möglich, weil es für viele dieser Krankheiten gar keine Therapien gibt. Die Anforderungen im Rahmen der Erstprüfung der WZW-Kriterien müssen deshalb der spezifischen Ausgangslage bei diesen Krankheiten angepasst werden. Wird eine solche Therapie zur Leistungserbringung zugelassen, ist es jedoch zwingend notwendig, dass die Anwendung dokumentiert wird.

unimedsuisse möchte auch darauf hinweisen, dass die Dokumentation der Wirksamkeit von Therapien in unabhängigen Registern erfolgen muss, d. h. nicht in Register angesiedelt sein darf, deren Datenhoheit bei der Produktionsfirma ist. Nur so sind unabhängige Studien zur Wirksamkeit und Zweckmässigkeit sowie Therapie-Vergleiche möglich. Der Bund hat im Rahmen der Zulassung einer Therapie die Möglichkeit, eine solche Dokumentation vorzugeben und muss unseres Erachtens auch die

Rahmenbedingungen dafür setzen, dass die unabhängigen Register, die diese gesetzliche Aufgabe übernehmen, angemessen finanziert werden.

unimedsuisse begrüsst es, dass der Bundesrat die Möglichkeit erhält, gemäss Art. 32 Abs. 3 differenzierte Vorgaben zur Prüfung der WZW-Kriterien zu erlassen.

In der Umsetzung müssen die erschwerten Rahmenbedingungen bei **Therapien zu seltenen Krankheiten** berücksichtigt werden.

Vorgaben zur Dokumentation der Therapien sind als Teil der Zulassung zur Leistungsvergütung zu verstehen. Der Bund muss diesbezüglich die Verantwortung übernehmen, die dazu notwendigen unabhängigen Register mittels geeigneter finanzieller Rahmenbedingungen und infrastruktureller Einbettung ihre gesetzliche Aufgabe wahrnehmen können.

Die Vergütung muss sachgerecht sein und nicht einfach dem Ziel der möglichst kostengünstigen Vergütung folgen.

Massnahme 8: Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis}, 1^{ter}, und 3^{bis} der Vorlage ist immer noch vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen festlegen können. Aus den Erfahrungen der letzten 8 Jahre sind wir zur Überzeugung gelangt, dass das Konstrukt mit den Referenztarifen in der Praxis nicht funktioniert resp. einen riesigen Aufwand und oft grosse Verzögerungen bei den geplanten Behandlungen verursacht. Auch ist es für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz dem Grundsatz der freien Spitalwahl die Wahl eingeschränkt wird oder diese mit nicht nachvollziehbaren Kostenfolgen einhergeht.

Aus Sicht der Universitätsspitäler mit einem grossen Anteil an ausserkantonalen Patienten sind folgende Ärgernisse auf das System der Referenztarife zurückzuführen:

- Kantone passen ihre Referenztarife oft rückwirkend an: Folge sind Storno und Rückvergütungen.
- Referenztarife werden von den Kantonen situativ und oft auch willkürlich gewählt: Patienten haben keine Planungssicherheit.
- Die Beurteilung, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale Behandlung erlauben würde, ist oft willkürlich und wird von den Kantonsarztämtern unterschiedlich gehandhabt. Nicht selten werden nach mehrfachen Wiedererwägungsgesuchen die Kostenübernahme durch den Kanton garantiert: Konsequenz sind unschöne Verzögerungen bei der Behandlung und ein hoher administrativer Aufwand.
- Bei den Entscheiden der Kantone ist weitgehend die Höhe der Baserate massgebend. Dies obwohl hinlänglich bekannt ist, dass unterschiedliche Fallnormkosten auf unterschiedlichen Patienten- und Leistungsstrukturen der Häuser zurückzuführen sind und nur bedingt als Effizienzmassstab herangezogen werden können.

Die Problematik der Referenztarife wirkt sich besonders auf die Universitätsspitäler aus. Diese haben als Endversorger eine überregionale Bedeutung, und weisen entsprechend dieser Funktion einen höheren Anteil an komplexen Fällen und hoch spezifischen Leistungsangeboten und Vorhalteleistungen auf. Dies wird von den Kantonen, die nicht Standortkanton der Universitätsspitäler sind, über das Referenzpreissystem bzw. ihre Entscheidungshoheit über die medizinische Indikation ausgehebelt. Dies wird sich auch mit der Reform der Referenzpreise nicht ändern. Das Referenzpreissystem ist deshalb nicht nur überflüssig, sondern schädlich. Es führt dazu, dass Kantone unter Missachtung der Wahlfreiheit der Patienten ihre eigenen Ausgaben auf Kosten anderer Kantone senken oder Spitälern, die in öffentlichem (oft

kantonalen) Eigentum sind, Patienten forciert zuführen. Der Wettbewerb unter den Spitälern wird so durch die Kantone stark verzerrt.

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird bei den stationären Leistungen bereits mehrfach geprüft. Einerseits im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Bezeichnung von Leistungserbringern auf der Spitalliste. Andererseits mit der Tarifermittlung für stationäre Leistungen, welche ein Benchmarking unter vergleichbaren Leistungserbringern umfasst. Universitätsspitäler sind bereit, ihre Kosten dazu offenzulegen, damit ein angemessenes Benchmarking unter Universitätsspitälern als vergleichbaren Leistungserbringern durchgeführt werden kann (siehe dazu die Stellungnahme unseres Verbands zur KVG-Vorlage betr. die Tarifermittlung von September 2020).

Wird die Tarifermittlung und Tarifgenehmigung (oder Tariffestsetzung) korrekt durchgeführt, resultieren angemessene Tarife, die überkantonal gelten sollten. Die Kantone benötigen keinen zusätzlichen Hebel, um die Preise und Zuweisungspraxis zu steuern.

unimedsuisse fordert die Aufgabe des Referenzpreissystems. Dieses ist nicht geeignet, die Kosten zu senken, sondern führt zu einer intransparenten Umverteilung der Kosten zuungunsten der Universitätskantone, die sowieso höhere Lasten tragen.

Wird am **System der Referenzpreise dennoch festgehalten, ist zwingend ein schweizweiter Referenzpreis für Universitätsspitäler festzulegen**, der der Kostenstruktur der Universitätsspitäler mit ihrer spezifischen Funktion als Endversorger entspricht. Gleichzeitig sind Verfahren für eine faire und Rechtsgleichheit schaffende kantonale Beurteilung der medizinischen Indikation zu schaffen.

Massnahme 9: Elektronische Rechnungsübermittlung

Grundsätzlich befürworten die Universitätsspitäler die elektronische Rechnungsübermittlung: Sie sind bei Ihnen bereits heute üblich und in der Regel arbeiten die Universitätsspitäler dabei im System des *Tiers payant*.

Als generelle Anmerkung möchten wir darauf hinweisen, dass die in der Vorlage vorgesehenen Abläufe im System des *Tiers garant* administrativ aufwändig werden können: Die Rechnungen müssen an die versicherte Person gesandt werden, und wenn diese die Angaben als Papiervorlage an die Versicherer weiterleiten, müssen letztere die elektronische Rechnungsstellung bei den Leistungserbringern anfordern. Dieser Ablauf birgt eine Fehlergefahr und kann deshalb zu erheblichem administrativem Aufwand bei den Leistungserbringern führen. Zur Rechnungsstellung im System des *Tiers garant* ist deshalb eine möglichst einfache Lösung in der Verordnung umzusetzen.

Massnahme 10: Invalidenversicherung analog zu KVG

Die Angleichung der Regelungen der Invalidenversicherung zu denjenigen der Krankenversicherung ist aus rechtssystematischer Sicht sicherlich zu begrüssen. Sie ist jedoch mit Risiken verbunden, auf die wir hier besonders aufmerksam machen möchten.

Gerade für die Zielgruppe der Leistungsbeziehenden der IV entstehen mit der Anpassung an das KVG besondere Risiken, die mit den Schwächen der WZW-Beurteilung im Rahmen des KVG verbunden sind. Wie oben beschrieben betreffen diese Schwächen vor allem Arzneimittel für seltene Krankheiten, bei denen die Beurteilung der WZW-Kriterien bzw. deren Nachweis erschwert ist. Da bei den medizinischen Leistungen der IV viele Kinder und Jugendliche mit seltenen Krankheiten betroffen sind, können die Folgen für die Betroffenen gross sein. Mittels der Revision wird der IV der Handlungsspielraum entzogen, den Zugang zu Therapien für diese vulnerable Patientengruppe weiterhin zu vereinfachen.

Es ist deshalb zwingend notwendig, die Schwächen des KVG im Hinblick auf die Anwendung der WZW-Kriterien im Rahmen des Verordnungsrechts auszumerzen. Erst dann ist eine Angleichung der Abgeltung gemäss IVG an das KVG angemessen. Wir beantragen, die Einführung der KVG-WZW-Verfahren in der IV entsprechend zu verschieben, bis die entsprechenden Prozesse für seltene Krankheiten etabliert sind.

unimedsuisse **beantragt, die Einführung der Prüfung der WZW-Kriterien nach KVG für die Invalidenversicherung so lange aufzuschieben, bis angemessene Kriterien spezifisch für seltene Krankheiten etabliert sind** und deshalb die betroffenen IV-Bezügerinnen und Bezüger keine Nachteile befürchten müssen.

Verzicht auf die Einführung eines Beschwerderechts für Krankenversicherer

unimedsuisse unterstützt die Entscheidung des Bundesrates, auf die Einführung eines Beschwerderechts für Krankenversicherer betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln auf die Spezialitätenliste zu verzichten. Andernfalls besteht das Risiko, dass der Zugang zu Arzneimitteln für Patientinnen und Patienten über gerichtliche Verfahren systematisch blockiert wird. Eine solche Blockade würde zu einem weiteren Anstieg des administrativen Aufwands für individuelle Kostengutsprachen führen, sowohl bei den Leistungserbringern wie auch bei Vertrauensärztinnen und -ärzten und Krankenversicherern und den rechtsgleichen Zugang der Patienten zu medizinischen Leistungen weiter in Frage stellen.

unimedsuisse begrüsst die Entscheidung des Bundesrates, kein Beschwerderecht für Krankenversicherer betr. die Spezialitätenliste einzuführen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Bertrand Levrat
Präsident Universitäre Medizin Schweiz

Universitäre Medizin Schweiz
Médecine Universitaire Suisse

Département fédéral de l'intérieur DFI
Monsieur Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Berne

Par e-mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch et gever@bag.admin.ch

Lieu, date:	Berne, le 10 décembre 2020	Ligne directe:	031 306 93 85
Interlocutrice:	Agnes Nienhaus	E-mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Prise de position dans le cadre de la procédure de consultation sur la modification partielle de la LAMal « 2e volet de mesures visant à maîtriser les coûts »

Monsieur le conseiller fédéral,
Mesdames et Messieurs,

Dans votre courrier en date du 19 août 2020, vous nous avez invités à vous faire part de notre prise de position dans le cadre de la procédure de consultation citée plus haut. C'est avec plaisir que nous vous faisons part de notre évaluation du projet.

L'association Médecine Universitaire Suisse (unimedsuisse) soutient expressément la prise de position de H+ du 10 décembre 2020.

Remarques générales

unimedsuisse rejette le projet comme contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) ». Il convient de prendre des mesures ciblées, axées sur les véritables facteurs d'augmentation des coûts.

Les statistiques sur les coûts de la santé qui viennent d'être publiées pour l'année 2018 montrent que les coûts de la santé se sont stabilisés au cours des deux dernières années. Les hôpitaux de soins aigus y ont largement contribué : les coûts des prestations stationnaires diminuent et ceux des prestations hospitalières ambulatoires se stabilisent, bien que l'on observe toujours un glissement des soins stationnaires vers les soins ambulatoires. Les plus fortes hausses de coûts de ces dernières années ont concerné les soins de longue durée et la prévention – deux domaines dans lesquels l'augmentation des coûts est tout à fait justifiée du point de vue démographique et de la politique de santé. En revanche, l'évolution des coûts dans le domaine des médicaments, des analyses de laboratoire et des produits médicaux fluctue considérablement et reste un facteur qui mérite un examen plus approfondi.

Un autre défaut du projet est qu'il est exclusivement axé sur la perspective des coûts et la réglementation des coûts et ne reflète pas la perspective des soins ou la réalité en matière de soins. Etant donné que les effets des mesures sur la pratique des soins ne sont pas reflétés, les mesures ne sont pas suffisamment élaborées du point de vue conceptuel. Cela entraînera de nouvelles incitations inopportunes et rendra inefficaces des mesures bien intentionnées, telles que les soins en réseau. Les mesures qui affectent le

système de soins dans son ensemble doivent impérativement reposer sur des concepts de soins solides. Ceux-ci ne sont pas visibles dans le projet.

Enfin, la proposition ne traite pas de la manière dont les objectifs de maîtrise des coûts peuvent être conciliés avec le progrès médical (innovations techniques, nouvelles approches de traitement) et avec la mégatendance du passage du secteur hospitalier aux soins ambulatoires.

En ce qui concerne les 10 mesures prévues par le projet, unimedsuisse souhaite souligner les points suivants.

Mesure 1 : objectifs en matière de coûts et mesures correctives en cas de dépassement

Comme nous soutenons intégralement la prise de position très circonstanciée d'H+ qui a très bien souligné les points faibles et dangers de cette proposition, nous nous limiterons à formuler quelques remarques générales.

unimedsuisse considère que les propositions pour les objectifs de coûts avec des mesures correctives en cas de dépassement des objectifs - qui sont basés sur le concept de budgets globaux - ne constituent pas la bonne approche pour contenir l'évolution des coûts. Comme l'explique H+ dans sa prise de position, cette mesure place la maîtrise des coûts comme instrument de contrôle au-dessus de toutes les autres exigences réglementaires. La mesure transforme ainsi les soins de santé en une sorte de « jouet » de la politique financière cantonale. Même si le mandat de soins reste ancré dans les constitutions cantonales, les besoins de la population en matière de soins ou la garantie de soins de qualité perdront du poids dans la négociation politique des objectifs. Par ailleurs, les cantons se concentreront sur les grands blocs de coûts du point de vue cantonal afin d'optimiser leur contribution financière en tant qu'organismes de financement. Toutefois, l'objectif devrait consister à cibler les nouvelles réglementations et mesures spécifiquement sur les domaines dans lesquels l'évolution des coûts ne correspond pas au développement de la demande de soins, qui présentent des incitations inopportunes ou un potentiel de rationalisation. Au vu du projet, une telle approche ciblée n'est pas réaliste.

Avec son approche rigide et non différentiée, la mesure est de nature à freiner l'introduction de nouvelles méthodes de traitement dans les hôpitaux, et plus particulièrement dans les hôpitaux universitaires. Déjà aujourd'hui, pour les patients hospitalisés, les coûts supplémentaires des nouvelles techniques sont supportés par les hôpitaux, pendant une phase de plusieurs années précédant leur prise en compte dans les SwissDRG. Avec les mesures prévues, les incitations négatives pour les hôpitaux d'introduire de nouvelles méthodes seront renforcées et étendues au domaine ambulatoire. Pour éviter que les patients suisses soient privés des bénéfices des innovations, il faut prévoir des exceptions aux objectifs pour celles-ci. Une prise en compte générale du progrès médico-technique, telle que prévue, n'est pas suffisante et pas assez ciblée.

En ce qui concerne la conception concrète, nous considérons que la procédure décrite pour le dépassement des objectifs en matière de coûts est extrêmement problématique :

- Le principe de la primauté de négociation, hautement estimé par tous les partenaires du système de santé, serait véritablement compromis par ces mesures.
- Les tarifs négociés d'un commun accord, qui doivent être approuvés par les cantons et le Conseil fédéral, ne seraient plus contraignants et pourraient être invalidés à tout moment par les autorités de régulation respectives.
- La pression exercée sur les partenaires de négociation pour qu'ils élaborent des solutions viables et fondées sur le partenariat serait éliminée. Les organismes payeurs notamment pourront rester les bras croisés – en se disant que le canton/le Conseil fédéral interviendra si nécessaire – et ne montreront plus aucune volonté de compromis.

– Il en résulterait une avalanche de procès et des frais administratifs seraient introduits par des moyens détournés dans le système de santé.

En même temps, nous voudrions souligner que nous considérons la faisabilité de la mesure comme irréaliste : Selon l'article 54d, paragraphe 1, les accords tarifaires doivent être adaptées par les partenaires tarifaires de telle sorte que des mesures suffisantes de réduction des coûts y soient prévues. La question est de savoir comment cela doit être mis en œuvre dans des situations où aucune convention collective n'a été conclue depuis plusieurs années et où des tarifs provisoires de travail sont ou ont été appliqués.

unimedsuisse rejette fermement la mesure 1 relative aux objectifs en matière de coûts et aux mesures correctives en cas de dépassement. Le changement de système y associé fait passer la maîtrise des coûts avant la garantie des soins et est contraire aux principes centraux de la LAMal, notamment la garantie d'un accès fiable aux prestations pour les assurés, le concept de partenariat tarifaire et le principe de concurrence dans le système de santé suisse. Le projet de loi empêche également le progrès médical de bénéficier à la population.

unimedsuisse considère qu'il est élémentaire de centrer les mesures de maîtrise des coûts spécifiquement sur l'élimination des incitations inopportunes et l'exploitation du potentiel de rationalisation du système de santé et est disposée à participer aux réformes correspondantes.

Mesure 2: premier point de contact

Sur le principe, nous sommes favorables aux premiers points de contact dans le système de santé, qui, outre leur rôle de point de contact fiable pour les patientes et patients, font également office de garde-fous. Toutefois, nous considérons que le concept sous-jacent au projet est trop restreint et n'est pas encore suffisamment abouti.

L'obligation de choisir un premier point de contact, telle que prévue par le projet, est problématique, car elle restreint fortement la liberté des assurés de choisir leurs fournisseurs de prestations. Les patientes et patients deviendront fortement dépendants du premier point de contact, notamment parce qu'ils ne peuvent pas en changer facilement. En effet, c'est le Conseil fédéral qui détermine les conditions dans lesquelles un changement est possible et même l'assureur peut désigner un premier point de contact si la personne assurée n'en a pas encore un. En même temps, le projet comporte un risque de sélection des risques par les premiers points de contact qui privilégieront les personnes en bonne santé au détriment des malades chroniques, des patients multimorbides ou des personnes âgées.

Le système avec les premiers points de contact dans sa forme actuelle aura un effet de réduction des coûts, il comporte également des éléments générateurs de coûts :

– la charge administrative augmentera inévitablement pour toutes les parties concernées. La tenue ou la mise à jour des listes (quel premier point de contact a été choisi par quelle personne assurée) ne sera pas simple, ni pour les cantons, ni pour les assureurs et les fournisseurs de prestations. La vérification de la délégation correcte est longue et devrait pouvoir être entièrement retracée et démontrée sur demande de l'assureur.
– Le fait que seuls les premiers points de contact peuvent procéder à une délégation signifie que toute décision ultérieure d'orienter un patient vers un spécialiste ou un hôpital doit se faire en accord avec le premier point de contact. Cela est compliqué et irréalisable.

Actuellement les services des urgences des grands hôpitaux, en particulier des hôpitaux universitaires, traitent de nombreux patients qui n'ont pas de généralistes. Cela est dû principalement au manque de généraliste dans les grandes agglomérations, ainsi qu'au statut socio-économique de certains patients.

Il est peu probable que les mesures administratives prévues permettent de résoudre ces problèmes. Il faut donc que les hôpitaux puissent continuer de traiter ces patients sans obstacles bureaucratiques inutiles.

Il n'est pas tout à fait clair si les hôpitaux seraient également autorisés en vertu de l'art. 40a, al. 3, let. b). L'article devrait être clarifié afin de permettre aux hôpitaux qui souhaitent assumer cette fonction d'agir comme premier point de contact. Un tel point de contact dans un hôpital universitaire est particulièrement important pour les personnes polymorbides et les personnes souffrant de maladies chroniques complexes. En outre, il est important que les grandes institutions telles que les hôpitaux universitaires puissent transférer des patients d'une clinique interne ayant le statut de premier point de contact vers une autre clinique. Selon le projet actuel, cela ne serait toutefois pas admissible car l'art. 40b al. 1 let. b ne mentionne que le premier point de contact qui «a adressé le patient à un autre fournisseur de prestations (délégation)». De notre point de vue, le texte correspondant doit donc être adapté (voir formulation ci-dessous).

Le projet prévoit également que les assurés puissent choisir un premier point de contact sur une liste cantonale. Il est important de souligner que les assurés doivent également pouvoir choisir un premier point de contact dans un autre canton, par exemple s'ils souffrent de maladies chroniques spécifiques pour lesquelles il existe de bons premiers points de contact dans un autre canton. Il est également déraisonnable de restreindre le choix à une liste cantonale pour les personnes vivant à proximité d'une frontière cantonale ou habitant dans un petit canton au choix limité. L'art. 40a al. 46 doit donc être formulé de manière plus claire.

En outre, unimedsuisse juge inacceptable la disposition de l'art. 40c al. 3 selon laquelle le Conseil fédéral fixe un forfait unique pour les premiers points de contact. Selon la structure de la patientèle d'un premier point de contact, les coûts annuels moyens de ces fournisseurs de prestations varient considérablement. Un forfait unique pour tous les premiers points de contact ne rendrait pas justice cette réalité. Une fois de plus, les fournisseurs de prestations qui prennent en charge des patients plus complexes seraient pénalisés financièrement et le « tri sélectif » serait récompensé. Si les premiers points de contact sont mis en œuvre, il est donc important que la rémunération soit basée sur des taux forfaitaires différenciés ou que la compensation soit négociée par les fournisseurs de prestations ou leurs associations sur la base de données.

En dernier lieu, nous aimerions mentionner les questions de formation. Afin de pouvoir maintenir et mettre en œuvre leur mission dans le domaine de la formation et la formation post-graduée des médecins (postes de sous-assistants et d'assistants), les hôpitaux universitaires doivent pouvoir intégrer les tâches d'un premier point de contact dans leurs programmes de formation, comme dans les départements de médecine interne générale, dans les polycliniques et en pédiatrie. On ne sait pas très bien comment cela peut être mis en œuvre avec ce projet de loi.

unimedsuisse **rejette la mesure relative au premier point de contact sous sa forme actuelle.** Elle est conçu de manière trop restrictive et entraîne une forte charge bureaucratique. Elle complique inutilement les procédures de délégation. En même temps, elle comporte le risque d'incitations inopportunes telles que la sélection des risques par les fournisseurs de prestations ayant le statut de premier point de contact et peut désavantager les personnes âgées et les malades chroniques.

Si la mesure des premiers points de contact est mise en œuvre, plusieurs ajustements doivent être apportés au projet. Dans ce cas, unimedsuisse demande les ajustements suivants :

- L'obligation de choisir un premier point de contact doit être supprimée.

- Art. 40a al. 2 let. c: les premiers points de contact ne doivent pas être les seuls habilités à évaluer la nécessité d'adresser l'assuré à un autre fournisseur de prestations, mais d'autres fournisseurs de prestations doivent également pouvoir le faire.
- Art. 40a al. 3 let. b: les institutions/hôpitaux de soins ambulatoires...
- Art. 40a al. 6: L'assuré choisit librement son premier point de contact parmi les fournisseurs de prestations inscrits sur une des listes cantonales...
- Art. 40a al.7: peut être supprimé sans remplacement.
- Art. 40b al. 1 let. b: sur délégation du premier point de contact à un autre fournisseur de prestations ou à une autre clinique du même fournisseur de prestations.
- Art. 40d al. 1: Si le premier point de contact adresse l'assuré à un autre fournisseur de prestations ou à une autre clinique du même fournisseur de prestations pour un examen ou un traitement ambulatoire, ...

Mesure 3 : les réseaux de soins coordonnés comme nouvelle catégorie de fournisseurs

Depuis des années, les acteurs de la politique de santé sont d'accord sur la nécessité de promouvoir la coordination des soins. Après que les interventions tarifaires du Conseil fédéral ces dernières années ont contribué à maintes reprises à affaiblir la collaboration dans le système de santé, la Confédération tente de renforcer les soins coordonnés avec le projet actuel. Les réseaux en tant que fournisseurs de prestations ayant droit à une rémunération doivent intervenir principalement pour les patientes et patients atteints de maladies chroniques et multimorbides. Dans le domaine ambulatoire, les réseaux doivent facturer des **forfaits**, dont les revenus sont distribués au sein des réseaux. Les forfaits doivent couvrir toutes les prétentions du réseau de soins. Pour ce faire, les prestations doivent être enregistrées en détail et rendues transparentes pour la détermination et la négociation des tarifs. Dans les explications, il est souligné que ces réseaux devraient être particulièrement attrayants pour les jeunes médecins. Cela indique que l'objectif principal est ici de développer davantage les cabinets de groupe ou de nouveaux modèles de cabinets médicaux, qui seraient simplement rémunérés avec un forfait pour toutes les prestations au lieu des tarifs applicables aux prestations ambulatoires selon Tarmed.

L'unimedsuisse salue l'idée de renforcer les soins coordonnés dans le sens d'une coopération interprofessionnelle et d'une coopération accrue entre les prestataires de services tout au long de la chaîne de soins. De notre point de vue, le concept des réseaux en tant que fournisseurs de prestations indépendants n'est pas assez clair pour atteindre ce but et leur conception sur le plan juridique n'est pas encore mûrement réfléchie. Par exemple, il n'est pas clair s'il doit s'agir de cabinets de groupe Managed Care généraux (sous un même toit) et d'associations de Managed Care (réseaux régionaux) ou plutôt de réseaux régionaux spécifiques à une maladie qui prévoient des parcours de soins pour des groupes de patients spécifiques. En effet, les cabinets de groupe ambulatoires ont généralement une patientèle extrêmement variée, alors que les réseaux spécialisés dans les groupes de malades chroniques et de patients multimorbides doivent posséder une composition complètement différente et requièrent un degré de spécialisation différent. Nous avons donc l'impression que cette mesure vise à introduire le projet Managed Care, rejeté par la population en 2012, sous une nouvelle terminologie. Toutefois, les points faibles du projet Managed Care de 2012 – à savoir son rattachement à un modèle d'assurance au lieu d'un concept de soins – ne sont pas éliminés dans le projet, mais sont renforcés par de nouveaux éléments tels que le forfait prévu pour l'ensemble du réseau de soins. Nous voudrions mettre en évidence ce gros point faible de manière plus détaillée ci-dessous.

Un concept bien pensé de soins ambulatoires coordonnés est à saluer ; toutefois, le projet vise principalement les cabinets de médecins établis et les fournisseurs de prestations associés tels que les organismes de soins à domicile, et les prestations thérapeutiques ambulatoires tels que la physiothérapie, etc. Par conséquent, il n'est pas clair comment les hôpitaux, avec leurs prestations ambulatoires, consultations, services d'urgence et prestations stationnaires en cas d'aggravation de la maladie, devraient et peuvent être intégrés dans les réseaux. Cependant, les prestations ambulatoires sont absolument indispensables pour les soins sur l'ensemble de la chaîne de soins. Selon nous, l'idée de soins sur l'ensemble de la chaîne de soins – comme soulignée à maintes reprises par le projet – ne peut être mise en œuvre avec ce modèle. Au mieux, on peut envisager une coopération de réseaux régionaux de fournisseurs de prestations établis avec de petits hôpitaux ayant une petite zone de desserte. Dans le cas des hôpitaux centraux, l'intégration des services hospitaliers spécialisés ambulatoires dans la chaîne de soins coordonnées (avec des forfaits correspondants) devient déjà plus difficile ; dans le cas des hôpitaux universitaires, en tant que prestataires de soins finaux dans toutes les spécialisations, cette intégration est quasiment impossible. Cependant, si la chaîne de soins n'intègre pas les soins finaux, on ne pourra jamais parler d'« ensemble de la chaîne de soins ». Par conséquent, le projet crée de nouveaux écarts entre les structures établies prodiguant des soins ambulatoires et stationnaires.

Dans la continuité de ces propos, le mode de fonctionnement des forfaits envisagé n'est pas non plus très convaincant : Selon nous, le concept de forfaits ambulatoires pour les patients multimorbides et les malades chroniques ne peut fonctionner que si les prestations peuvent être standardisées dans une certaine mesure. Dans la chaîne de soins, cela n'est possible que pour les prestations de soins primaires et les prestataires de soins moins spécialisés. Dès que les cas deviennent plus complexes, que des complications surviennent et que des examens plus approfondis sont nécessaires, qu'il faut faire appel à des spécialistes, voire à des prestations universitaires, les forfaits globaux ne sont guère applicables. Toutefois, un forfait complet doit également inclure précisément ces prestations. Le forfait envisagé comporte le risque qu'il soit calculé sur la base de cas faciles et que les coûts élevés des cas complexes soient sous-estimés. Il en résulte que les fournisseurs de prestations spécialisés qui prennent en charge les cas les plus coûteux ne sont pas suffisamment représentés et sont par conséquent sous-financés – un mécanisme déjà bien connu du système DRG et qui conduit à une représentation systématiquement incorrecte des prestations des hôpitaux universitaires dans le système de remboursement.

En outre, le projet part du principe que le forfait prévu n'englobe que les prestations fournies aux patients. Cependant, tout réseau implique également des efforts de coordination, pour la structure du réseau, la coordination entre les partenaires, les structures de données communes, le respect des conditions et des exigences, la collecte des données sur les coûts, les négociations avec les assureurs-maladie, etc. Ces coûts de coordination au sein du réseau et de respect des conditions ne sont mentionnés ni dans le texte de loi ni dans le rapport explicatif et ne sont apparemment pas destinés à être intégrés dans le forfait. Il existe d'ores et déjà aujourd'hui des réseaux et des parcours pour les patients atteints de maladies chroniques (p. ex. le Brustzentrum Aare pour le cancer du sein). L'un des obstacles à la formation de tels réseaux concerne dès aujourd'hui le coût élevé de la création, de la conception et de l'entretien du réseau, c'est pourquoi de tels réseaux existent principalement pour les maladies courantes. Par conséquent, le modèle présenté des réseaux en tant que fournisseurs de prestations ne pourra guère fonctionner : Si les coûts de transaction pour l'établissement et la mise en œuvre à long terme de la coordination entre les partenaires du réseau sont ignorés, les fournisseurs de prestations sont peu incités à former de tels réseaux. Dans le meilleur des cas, le projet sera donc inefficace. Mais dans le pire des cas, le projet peut s'avérer préjudiciable, dans la mesure où les réseaux soumis à des forfaits peuvent transférer des patients qui deviennent trop chers du secteur ambulatoire (où s'applique le forfait) au secteur stationnaire,

ou dans la mesure où les personnes à risque défavorable ne sont pas admises dans les réseaux de soins. Donc, si la promotion des réseaux et des soins coordonnés doit réussir et contribuer à la maîtrise des coûts, les avantages autant que les coûts de la coordination doivent être représentés de manière honnête et reflétés dans le modèle tarifaire avec un ensemble correspondant d'incitations.

Compte tenu du retard accumulé dans les réformes relatives à Tarmed et du travail législatif déjà long et complexe sur l'introduction des forfaits ambulatoires (dans le cadre de l'EFAS), nous estimons également qu'il est irréaliste de penser pouvoir introduire, dans un délai raisonnable, des forfaits pour les prestations ambulatoires au sein du réseau sur l'ensemble de la chaîne de soins ou pour plusieurs fournisseurs de prestations ayant des spécialisations différentes.

Nous tenons également à souligner que pour les hôpitaux universitaires, le concept des réseaux prévu impliquerait d'énormes efforts administratifs. En raison de l'exigence d'une chaîne de soins complète, des fournisseurs de prestations spécialisés ayant une fonction de prestataire de soins finaux devraient être associés à chaque réseau ou des contrats de coopération devraient être conclus avec eux, ce qui signifie que les hôpitaux universitaires devraient sécuriser contractuellement leurs prestations avec une multitude de réseaux.

Enfin, unimedsuisse, en tant que membre de la Coordination nationale des maladies rares (kosek), souhaite exprimer sa déception quant au fait que les réseaux nationaux créés dans le cadre des mesures du Conseil fédéral sur les maladies rares n'ont pas été pris en compte conceptuellement dans la mesure 3 et ne pourraient pas être reconnus non plus comme fournisseurs de prestations sur la base des conditions-cadres présentées. Bien qu'il soit destiné à s'appliquer aux personnes atteintes de maladies chroniques, le modèle n'est pas attrayant pour le domaine des maladies rares.

- Les réseaux de soins pour les patients atteints de maladies rares sont reconnus comme un moyen d'organiser les soins pour ce groupe de malades chroniques dans toute la Suisse, améliorant ainsi les soins et les rendant plus efficaces. Depuis 2017, la kosek encourage la création de réseaux nationaux appropriés qui s'engagent à prendre en charge ce groupe de patients mal desservis. Cependant, le modèle prévoit des réseaux locaux ou régionaux, mais pas de réseaux nationaux.
- Les forfaits ambulatoires ne fonctionnent pas pour les maladies rares car l'hétérogénéité des maladies et des prestations rend difficile la standardisation des prestations.
- L'expérience acquise par la kosek dans le cadre des projets menés montre clairement que le manque de rémunération pour les efforts de coordination au sein du réseau de fournisseurs de prestations ainsi que pour les patients individuels constitue d'ores et déjà un obstacle important à la mise en place de réseaux pour les maladies rares. Dans ce contexte, l'adoption de la motion pour une meilleure rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés au Parlement a conféré aux projets de la kosek une perspective d'avenir, car même si l'effort initial pour la création du réseau au sein de la kosek n'est pas rémunéré, il y avait la possibilité d'un financement futur des efforts de coordination. Cette perspective est brisée par le projet : sans une rémunération appropriée, il sera difficile de mettre en place et de sécuriser durablement des réseaux pour tous les domaines des maladies rares. Les maladies rares représentent généralement déjà une activité déficitaire pour les hôpitaux concernés ; si l'on y ajoute les efforts de coordination, il n'y aura plus aucune incitation pour un engagement à long terme.
- La conception des réseaux ne prévoit pas la participation des organisations de patients ou des représentants de patients, mais du point de vue de la kosek, cela est important pour les maladies chroniques et répond également aux objectifs stratégiques de la Confédération visant à renforcer la position des patientes et patients dans les soins.

Pour résumer, on peut constater que le projet ne parvient pas à développer un modèle abouti pour les soins coordonnés dans le domaine des maladies chroniques et à créer des incitations pour sa mise en œuvre par le biais d'une rémunération appropriée. Selon nous, le projet ne remplit donc pas les mandats de la motion Humbel sous-jacente « Renforcer les modèles de soins intégrés en les distinguant des offres de listes unilatérales sans coordination des traitements ».

unimedsuisse estime qu'une révision beaucoup moins compliquée de la LAMal est nécessaire pour établir des soins véritablement coordonnés. Il faudrait abandonner le forfait couvrant l'ensemble de la chaîne de soins et introduire un modèle de rémunération beaucoup plus simple pour les réseaux, ce qui inciterait réellement à la coordination et générerait les gains d'efficacité correspondants: les prestations individuelles des différents fournisseurs de prestations au sein du réseau peuvent continuer à être facturées individuellement, mais en même temps, une rémunération doit être prévue pour les prestations de coordination proprement dites (pour le patient individuel et pour le réseau). Cette rémunération peut être versée aux réseaux reconnus et doit être utilisée par ceux-ci pour la conception et l'entretien du réseau. Nous tenons à mentionner que des conditions-cadres durablement améliorées pour les soins coordonnés sont déjà possibles dans le cadre de la LAMal actuelle, par exemple en assouplissant les limites des prestations de coordination pour des groupes de patients spécifiques et en les différenciant mieux dans les ordonnances. Ainsi, davantage de services de coordination seraient déjà possibles aujourd'hui, par exemple dans le domaine des prestations sans rapport avec les patients. Une telle réforme est possible et constitue également une première étape appropriée en ce qui concerne l'introduction de forfaits dans le domaine ambulatoire (selon l'EFAS).

L'idée de reconnaître les réseaux comme des prestataires de services indépendants peut être retenue. Pour cela, il faudrait créer une reconnaissance ou un agrément indépendant pour les réseaux en tant que fournisseurs de prestations. Ce processus de reconnaissance ne devrait pas être mené par les assureurs-maladie et négocié dans le cadre de négociations tarifaires, mais devrait être jugé sur la base du bénéfice apporté aux soins. Cette tâche pourrait être accomplie soit par des organismes de certification indépendants, soit par un organe commun des parties prenantes sous la direction des cantons.

Il existe déjà aujourd'hui des réseaux qui s'intéressent à cette reconnaissance. Il est logique de commencer par ces réseaux. Il est également possible que ces réseaux réalisent des projets pilotes pour mettre au point des tarifs forfaitaires différenciés pour différents groupes de patients (par exemple, les patients en bonne santé, les personnes fragiles/multimorbides et les patients ayant des besoins complexes). Ces projets pilotes sont rendus possibles par les mesures du premier paquet de mesures (article expérimental) et pourraient servir de base à une compensation différenciée pour les réseaux envisagés et à la création des incitations appropriées.

unimedsuisse rejette la mesure 3 **des réseaux en tant que fournisseurs de prestations indépendants dans sa forme actuelle**. Le projet est basé sur un concept abstrait de Managed Care et ne parvient pas à clarifier comment les soins coordonnés sous-jacents devraient fonctionner dans des « chaînes de soins complètes ».

Pour créer un cadre juridique cohérent, il est impératif de disposer d'un concept de soins coordonnés au sein du réseau, qui soit conçu du point de vue des **soins aux malades chroniques** et qui prévoit des modèles de rémunération appropriés avec de réelles incitations à la coordination.

A notre avis, l'**idée de forfaits pour l'ensemble de la chaîne de soins doit être abandonnée, car elle n'est pas réalisable**. La reconnaissance des réseaux en tant que fournisseurs de prestations et la rémunération des soins coordonnés **peuvent être améliorées dans le cadre d'étapes de réforme plus simples**. unimedsuisse, avec son expérience dans la création de réseaux de soins, est disposée à contribuer au développement de modèles adaptés.

unimedsuisse propose également de poursuivre l'idée des réseaux dans le cadre de projets pilotes afin de développer des modèles de rémunération différenciés et de créer en même temps les bonnes incitations pour toutes les parties concernées. Nous pensons que cela est possible dans le cadre des mesures du premier paquet de révision.

Mesure 4 : programmes de soins aux patients

La mesure 4 a une vaste portée en créant un article distinct sous l'art. 25 al. 2 let. i), pour les programmes de soins aux patients. unimedsuisse est favorable à la mention explicite de ces programmes en tant que prestations indépendantes sous l'article 25. Toutefois, il ressort clairement des explications que des programmes de soins aux patients existent déjà aujourd'hui et sont également possibles dans le cadre de la LAMal. En conséquence, les modifications sont nécessaires avant tout pour permettre aux pharmaciennes et pharmaciens de fournir et de facturer des prestations dans le cadre de programmes structurés placés sous la direction d'un médecin.

Notre association estime qu'il est juste que le texte de loi soit formulé de manière ouverte, permettant ainsi des programmes très variés. Si elle est mise en œuvre conformément au projet, la mesure 4 est associée à des obstacles administratifs et des coûts transactionnels moins élevés, ce qui favorise une meilleure efficacité.

Alors que l'art. 33, al. 3bis stipule que le Conseil fédéral fixe les conditions préalables relatives aux programmes et que le Département de l'intérieur approuve les programmes, ce sont les assureurs et les fournisseurs de prestations qui doivent négocier les tarifs correspondants. Ici aussi, la Confédération considère les forfaits comme judicieux, mais ne les exige pas. Nous estimons que cette approche est pragmatique, car les programmes de soins aux patients présentent des structures très diverses et les fournisseurs de prestations concernés peuvent varier considérablement.

Toutefois, le projet reste vague sur la définition d'un programme structuré de soins aux patients. Il est donc important que la Confédération, dans le cadre de l'élaboration de l'ordonnance, soumette les idées conceptuelles de ces programmes et les coordonne avec les représentants du système de santé afin que les développements actuels et futurs dans le domaine des programmes structurés pour les patients restent possibles.

unimedsuisse **approuve les adaptations de l'art. 25 al. 2 let. h et i et de l'art. 33 al. 3bis, contenues dans la mesure 4**. Lors de l'élaboration de l'ordonnance, il sera important de tenir compte de la dynamique dans le domaine des soins structurés aux patients et de ne pas entraver les futurs développements prometteurs par une réglementation trop stricte.

Mesures 5 et 6 : modèles tarifaires et exemption des obligations de divulgation correspondantes

unimedsuisse considère qu'il est important que des conditions-cadres fiables soient instaurées pour la rémunération lors de l'introduction de nouveaux médicaments, combinaisons de médicaments et dispositifs médicaux. La forte dynamique en matière de recherche et de développement dans ce domaine rend absolument indispensable une révision correspondante des bases juridiques. Dans ce contexte, notre association estime qu'il est juste que des modèles tarifaires adaptés soient possibles, qui tiennent compte de manière adéquate des incertitudes dans les domaines de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique.

La médecine universitaire tient à l'introduction rapide de nouvelles options thérapeutiques afin de garantir des soins de qualité en Suisse. unimedsuisse estime donc qu'il est juste que la Suisse puisse suivre

l'évolution internationale en matière de modèles de rémunération pour les médicaments et mettre en œuvre des modèles tarifaires appropriés.

L'appréciation de l'unimedsuisse sur la réglementation sur les restitutions en vertu de l'art. 18 al. 2^{septies} let. b et à l'art. 52b est ambivalente. D'une part, les procédures prévues permettraient d'effectuer des remboursements sans trop de bureaucratie. En même temps, cette forme de remboursement peut entrer en conflit avec l'art. 56, al. 3bis LAMal actuellement en vigueur ainsi qu'avec l'art. 76a LAMal concernant le transfert incomplet des prestations pour les médicaments et les dispositifs médicaux. Les interdépendances entre le remboursement que la Confédération peut exiger et la transmission incomplète des prestations conformément à la LITH doivent être clarifiées.

Il convient également de noter que les restitutions doivent être rendues transparentes dans les statistiques ou correctement comptabilisées afin que les coûts des domaines de soins soient reflétés correctement.

D'un point de vue réglementaire, il est gênant que les prix et les restitutions ne soient pas divulgués. Toutefois, les exceptions à l'obligation de divulgation prévues par la loi sont nécessaires pour permettre aux patientes et patients suisses d'accéder à de nouveaux traitements et de négocier de bons prix pour ces derniers.

unimedsuisse est favorable à l'introduction de modèles tarifaires adaptés pour les médicaments et à la possibilité d'exempter les prix et les accords de restitution de l'obligation de divulgation. En ce qui concerne les restitutions, il convient toutefois de préciser comment les différents processus dans le domaine des restitutions et remboursements et de la transmission des prestations (selon la VITH) sont liés entre eux.

En addition, les restitutions doivent être affectées de manière statistiquement correcte aux domaines de soins et aux blocs de coûts afin de refléter correctement les coûts du système de santé.

Mesure 7 : contrôle différencié des critères EAE

unimedsuisse approuve l'ajout d'un al. 3 à l'art. 32, qui confère au Conseil fédéral la compétence de régler la mise en œuvre concrète du réexamen des critères EAE au niveau de l'ordonnance. Il est judicieux de prévoir des exigences différenciées pour cet examen.

Toutefois, en raison du caractère très général de la disposition de la LAMal, nous considérons qu'il est essentiel de savoir comment cette disposition est mise en œuvre dans le cadre de l'ordonnance. Nous ne comprenons donc pas la formulation dans le rapport explicatif selon laquelle le Conseil fédéral devrait, au niveau de l'ordonnance, poursuivre l'objectif de définir des critères pour une « rémunération aussi avantageuse que possible ». Une fourniture de prestation efficace n'est pas assimilable à une « rémunération aussi avantageuse que possible ». Cette dernière formulation implique que la pression sur les prix est également souhaitée indépendamment des coûts facturables et d'une rémunération appropriée. Les tarifs et les rémunérations doivent continuer à être calculés correctement et en fonction des coûts facturables.

En même temps, unimedsuisse souhaite attirer l'attention sur d'importants obstacles dans l'application des critères EAE dans le domaine des maladies rares. La vérification des critères EAE est souvent difficile dans le cas des maladies rares car on dispose de peu de littérature et les conditions d'étude sont compliquées en raison de la rareté. En outre, la comparaison croisée des traitements est souvent impossible car pour beaucoup de ces maladies, il n'existe pas de traitement. Les exigences relatives à l'évaluation initiale des critères EAE doivent donc être adaptées à la situation de départ spécifique de ces maladies.

Toutefois, si un tel traitement est approuvé pour la fourniture de prestation, il est impératif que sa mise en œuvre soit documentée.

unimedsuisse souhaite également souligner que la documentation de l'efficacité des traitements doit être effectuée dans des registres indépendants, c'est-à-dire pas dans des registres dont la souveraineté en matière de données appartient à l'entreprise productrice. C'est la seule façon de permettre des études indépendantes sur l'efficacité et l'adéquation ainsi que des comparaisons entre les traitements. Dans le cadre de l'approbation d'un traitement, la Confédération a la possibilité de prescrire une telle documentation et, à notre avis, doit également fixer les conditions-cadres pour que les registres indépendants qui assument cette tâche légale soient financés de manière adéquate.

unimedsuisse salue le fait que le Conseil fédéral soit habilité à édicter des directives différenciées pour l'examen des critères EAE conformément à l'art. 32 al. 3.

Les conditions-cadres plus difficiles pour les **traitements des maladies rares** doivent être prises en compte dans la mise en œuvre.

Les directives relatives à la documentation des traitements doivent être comprises comme faisant partie de l'approbation de la rémunération de la prestation. La Confédération doit assumer la responsabilité à cet égard, afin que les registres indépendants nécessaires à cette fin puissent remplir leur mission légale grâce à des conditions-cadres financières et à une intégration infrastructurelle appropriées.

La rémunération doit être appropriée et ne pas simplement suivre l'objectif d'une rémunération aussi avantageuse que possible.

Mesure 8 : fixation de tarifs de référence pour les traitements planifiés dans un établissement hors canton

Selon l'art. 41, al. 1bis, 1ter, et 3bis du projet, il est toujours prévu que les gouvernements cantonaux puissent fixer un tarif de référence pour les traitements dans un établissement hors canton. Sur la base de l'expérience acquise au cours des huit dernières années, nous sommes arrivés à la conclusion que le modèle avec les tarifs de référence ne fonctionne pas dans la pratique, ou qu'il entraîne une énorme quantité de travail et souvent d'importants retards dans les traitements prévus. Il est également incompréhensible pour la population que, malgré le principe du libre choix de l'hôpital, ce choix soit restreint ou s'accompagne de conséquences financières incompréhensibles.

Du point de vue des hôpitaux universitaires ayant une forte proportion de patients extra-cantonaux, les contrariétés suivantes peuvent être attribuées au système des tarifs de référence :

- Les cantons ajustent souvent leurs tarifs de référence de manière rétroactive : cela entraîne des annulations et des restitutions.
- Les tarifs de référence sont choisis par les cantons en fonction de la situation et souvent de manière arbitraire : les patients ne disposent d'aucune sécurité en matière de planification.
- L'évaluation de l'existence d'une indication médicale permettant un traitement dans un établissement hors canton est souvent arbitraire et est gérée différemment d'un Service du médecin cantonal à l'autre Il n'est pas rare que le canton garantisse la prise en charge des coûts après de multiples demandes de réexamen : cela entraîne des retards désagréables dans le traitement et une charge administrative élevée.
- Les décisions des cantons reposent en grande partie sur le montant des taux de base. Et ce malgré le fait qu'il est notoire que les différents coûts standard des cas sont dus aux différentes structures

de patientèle et de prestations des établissements et ne peuvent être utilisés comme indicateur d'efficacité que dans une mesure limitée.

Le problème des tarifs de référence a un impact particulièrement important sur les hôpitaux universitaires. Ces derniers ont une importance suprarégionale en tant que prestataires de soins finaux et, conformément à cette fonction, présentent une proportion plus élevée de cas complexes ainsi que d'offres de prestations et de prestations de base fixes hautement spécifiques. Les cantons qui ne sont pas les cantons d'implantation des hôpitaux universitaires sont en mesure de se soustraire à cette situation grâce au système des prix de référence ou à leur souveraineté décisionnelle sur les indications médicales. Cela ne changera pas non plus avec la réforme des prix de référence. Le système des prix de référence n'est donc pas seulement superflu, mais aussi préjudiciable. Il a pour conséquence que les cantons ne tiennent pas compte de la liberté de choix des patients et réduisent leurs propres dépenses au détriment d'autres cantons, ou qu'ils adressent de force des patients à des hôpitaux publics (souvent cantonaux). La concurrence entre les hôpitaux est ainsi fortement faussée par les cantons.

Le caractère économique de la fourniture de prestations a déjà été examinée à plusieurs reprises pour les prestations stationnaires. D'une part, dans le cadre des audits de performance lors de la désignation des fournisseurs de prestations sur la liste des hôpitaux. D'autre part, avec le calcul des tarifs des prestations stationnaires, qui comprend une évaluation comparative entre des fournisseurs de prestations comparables. Les hôpitaux universitaires sont prêts à divulguer leurs coûts afin qu'une évaluation comparative appropriée entre les hôpitaux universitaires en tant que fournisseurs de prestations comparables puisse être effectuée (voir la prise de position de notre association sur le projet LAMal concernant le calcul des tarifs de septembre 2020).

Si le calcul et l'approbation des tarifs (ou la fixation des tarifs) sont effectués correctement, il en résultera des tarifs appropriés, qui devraient être valables dans tous les cantons. Les cantons n'ont pas besoin d'un levier supplémentaire pour contrôler les prix et les affectations.

unimedsuisse demande l'abandon du système des prix de référence. Ce dernier ne permet pas de réduire les coûts, mais entraîne une redistribution opaque des coûts au détriment des cantons universitaires, qui supportent de toute façon des charges plus élevées.

Si le **système des prix de référence est néanmoins maintenu, il est impératif de fixer un prix de référence national pour les hôpitaux universitaires** qui corresponde à la structure des coûts des hôpitaux universitaires et à leur fonction spécifique de prestataires de soins finaux. En même temps, il convient d'établir des procédures pour une évaluation cantonale juste et équitable de l'indication médicale.

Mesure 9 : transmission électronique des factures

Sur le principe, les hôpitaux universitaires sont favorables à la transmission électronique des factures : il s'agit déjà une pratique courante aujourd'hui et, en règle générale, les hôpitaux universitaires travaillent dans le système du *tiers payant*.

Comme remarque générale, nous voudrions souligner que les procédures du système du *tiers garant* peuvent resulter dans des charges lourdes sur le plan administratif : les factures doivent être envoyées aux personnes assurées et si ces dernières transmettent les informations aux assureurs au format papier, les assureurs doivent demander aux fournisseurs de prestations la facturation électronique. Ce processus comporte un risque d'erreur et peut donc entraîner un travail administratif considérable pour les fournisseurs de prestations. Il convient donc de mettre en œuvre dans l'ordonnance la solution la plus simple possible pour la facturation dans le système du *tiers garant*.

Mesure 10 : assurance-invalidité par analogie à la LAMal

L'alignement de la réglementation relative à l'assurance-invalidité sur celle relative à l'assurance-maladie doit certainement être salué sur le plan du système juridique. Cependant, il comporte des risques sur lesquels nous voudrions attirer l'attention ici.

Notamment pour le groupe cible des bénéficiaires de prestations AI, l'adaptation à la LAMal crée des risques particuliers liés aux faiblesses de l'évaluation des critères EAE dans le cadre de la LAMal. Comme susmentionné, ces faiblesses touchent principalement les médicaments pour les maladies rares, pour lesquels il est difficile d'évaluer ou de prouver les critères EAE. Etant donné que de nombreux enfants et adolescents atteints de maladies rares sont couverts par l'AI, les conséquences pour les personnes concernées peuvent être graves. La révision supprime la possibilité pour l'AI de simplifier davantage l'accès aux traitements pour ce groupe de patients vulnérables.

Il est donc absolument indispensable d'éliminer les faiblesses de la LAMal en ce qui concerne l'application des critères EAE dans le cadre de l'ordonnance. Ce n'est qu'alors qu'un alignement de l'indemnisation au titre de la LAI sur celle au titre de la LAMal sera approprié. Nous demandons que l'introduction des procédures EAE de la LAMal dans l'AI soit reportée en conséquence jusqu'à ce que les processus correspondants pour les maladies rares soient établis.

unimedsuisse **demande que l'introduction de l'examen des critères EAE en vertu de la LAMal pour l'assurance invalidité soit reportée jusqu'à ce que des critères appropriés spécifiques aux maladies rares aient été établis** et que les bénéficiaires de l'AI concernés n'aient donc pas à craindre de désavantages.

Renonciation à l'introduction d'un droit de recours pour les assureurs-maladie

unimedsuisse soutient la décision du Conseil fédéral de renoncer à l'introduction d'un droit de recours pour les assureurs-maladie concernant l'inscription de médicaments sur la liste des spécialités. Dans le cas contraire, l'accès aux médicaments pour les patientes et patients risquerait d'être systématiquement bloqué par des procédures judiciaires. Un tel blocage entraînerait une nouvelle augmentation de la charge de travail administratif relative aux garanties de prise en charge, tant pour les fournisseurs de prestations que pour les médecins de confiance et les assureurs-maladie, et remettrait encore plus en cause l'égalité d'accès des patients aux prestations médicales.

unimedsuisse salue la décision du Conseil fédéral de ne pas introduire un droit de recours pour les assureurs-maladie en ce qui concerne la liste des spécialités.

Nous vous remercions de prendre en compte les points soulevés ici pour la modification ultérieure du projet. Nous restons à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

Meilleures salutations,

Bertrand Levrat
Président de Médecine Universitaire Suisse

Universitäre Medizin Schweiz
Médecine Universitaire Suisse

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Herrn Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Per E-Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Ort, Datum:	Bern, 10. Dezember 2020	Direktwahl:	031 306 93 85
Ansprechpartnerin:	Agnes Nienhaus	E-Mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren zur Teilrevision des KVG «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2»

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme in der obenerwähnten Vernehmlassung gegeben. Gerne nehmen wir diese Möglichkeit wahr und möchten Ihnen unsere Beurteilung zur Vorlage mitteilen.

Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) unterstützt die Stellungnahme von H+ vom 10. Dezember 2020 zum Massnahmenpaket ausdrücklich.

Generelle Bemerkungen

unimedsuisse lehnt die Vorlage als indirekten Gegenvorschlag zur eidg. Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» ab. Es müssen gezielte Massnahmen ergriffen werden, die die effektiven Brennpunkte der Kostensteigerungen in den Fokus rücken.

Die soeben für das Jahr 2018 herausgekommene Statistik des Gesundheitskosten zeigt, dass sich die Gesundheitskosten in den zwei letzten ausgewerteten Jahren stabilisiert haben. Dazu haben die Akutspitäler einen grossen Beitrag geleistet: Bei den stationären Leistungen gehen die Kosten zurück und bei den spitalambulanten Leistungen stabilisieren sich die Kosten obwohl weiterhin Verlagerungen von der stationären in die ambulante Versorgung umgesetzt werden. Die grössten Kostensteigerungen zeigen sich in den letzten Jahren bei der Langzeitpflege und in der Prävention – zwei Bereiche, in denen das Kostenwachstum aus demografischen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten gut begründet sind. Die Kostenentwicklung im Bereich der Arzneimittel, Laboranalysen und Medizinprodukte schwankt hingegen stark und bleibt ein Brennpunkt, der ein genaueres Hinsehen sinnvoll macht.

Ein weiterer Mangel der Vorlage ist, dass sie ausschliesslich von der Kostenperspektive und Kostenregulierung ausgeht und die Versorgungsperspektive bzw. die Realität der Versorgung nicht abbildet. Da die Auswirkungen der Massnahmen auf die Versorgungspraxis nicht reflektiert werden, sind die Massnahmen konzeptionell zu wenig durchdacht. Dies wird neue Fehlanreize nach sich ziehen und dazu führen, dass gut gemeinte Massnahmen etwa zur vernetzten Versorgung wirkungslos bleiben. Massnahmen,

welche das Versorgungsgefüge als Ganzes betreffen, müssen zwingend auf soliden Versorgungskonzepten beruhen. Diese sind in der Vorlage nicht sichtbar.

Schliesslich unterlässt es die Vorlage, zu thematisieren, wie die Ziele der Kostendämpfung mit dem medizinischen Fortschritt (technische Innovationen, neue Behandlungsansätze) und mit dem Megatrend der Verschiebung vom Spitalsektor in die ambulante Versorgung in Einklang gebracht werden.

Im Hinblick auf die 10 Massnahmen der Vorlagen möchte unimedsuisse die folgenden Punkte besonders hervorheben.

Massnahme 1: Zielvorgaben betr. Kostenziele und Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen

unimedsuisse unterstützt vollumfänglich die sehr detaillierte Stellungnahme von H+, welche die Schwächen und Gefahren der Massnahme 1 aufgezeigt hat. Entsprechend beschränken wir uns im Folgenden auf einige allgemeine Bemerkungen.

unimedsuisse erachtet die vorgeschlagenen Zielvorgaben betr. Kostenziele mit Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreibungen – die auf dem Konzept von Globalbudgets beruhen – als falschen Ansatz zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Wie H+ in seiner Stellungnahme ausführt, stellt die Massnahme die Kostensteuerung als Steuerungsinstrument über alle anderen regulatorischen Vorgaben. Die Massnahme macht damit die Gesundheitsversorgung zum Spielball der kantonalen Finanzpolitik. Auch wenn der Versorgungsauftrag nach wie vor in den kantonalen Verfassungen verankert bleibt, so wird der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bzw. die Gewährleistung einer guten Versorgung in der politischen Aushandlung der Zielvorgaben an Gewicht verlieren. Die Kantone werden ausserdem sich auf die grossen Kostenblöcke aus Kantonssicht fokussieren, um ihren Finanzierungbeitrag als Finanzierungsträger zu optimieren. Das Ziel müsste jedoch sein, neue Regulierungen und Massnahmen gezielt auf jene Bereiche auszurichten, in denen die Kostenentwicklung nicht der Entwicklung des Versorgungsbedarfs entsprechen, in denen Fehlanreize bestehen oder Rationalisierungspotenzial besteht. Mit der Vorlage ist ein solch gezieltes Vorgehen nicht realistisch.

Mit ihrem starren und undifferenzierten Ansatz dürfte die Massnahme die Einführung neuer Behandlungsmethoden in Spitälern, insbesondere in den Universitätsspitälern, behindern. Bereits heute werden die zusätzlichen Kosten neuer Techniken für hospitalisierte Patientinnen und Patienten während einer mehrjährigen Phase von den Spitälern getragen, bevor sie im System von SwissDRG abgebildet sind. Mit den geplanten Massnahmen werden die negativen Anreize für Spitäler zur Einführung neuer Methoden verstärkt und auf den ambulanten Sektor ausgedehnt. Um zu vermeiden, dass Schweizer Patientinnen und Patienten der Nutzen von Innovationen vorenthalten wird, müssen für Innovationen Ausnahmen von den Zielvorgaben gemacht werden. Eine allgemeine Betrachtung des medizinisch-technischen Fortschritts, wie sie in der Vorlage vorgesehen wird, ist nicht ausreichend und zielgerichtet genug.

In Bezug auf die konkrete Ausgestaltung beurteilen wir insbesondere das beschriebene Vorgehen bei Überschreitung der Kostenziele als höchst problematisch:

- Das von allen Partnern im Gesundheitswesen hoch gehaltene Prinzip des Verhandlungsprimates würde mit diesen Massnahmen faktisch ausgehebelt.
- Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt werden müssen, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden.
- Der Druck auf die Verhandlungspartner, partnerschaftliche und tragfähige Lösungen zu erarbeiten, fällt weg. Insbesondere die Kostenträger werden – im Wissen, dass der Kanton/Bundesrat schon eingreifen wird – sich zurücklehnen können und keine Kompromissbereitschaft mehr zeigen.

- Eine Prozessflut wäre die Konsequenz und über die Hintertür würden damit Amtstarife im Gesundheitswesen eingeführt.

Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass wir die Umsetzbarkeit der Massnahme als äusserst unrealistisch erachten: Gemäss Art. 54d Abs. 1 müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Es stellt sich die Frage, wie dies umgesetzt werden soll in Situationen, in denen seit mehreren Jahren keine Tarifverträge zustande gekommen sind und mit provisorischen Arbeitstarifen gearbeitet wird.

unimedsuisse lehnt die Massnahme 1 der Zielvorgabe betr. Kostenziele und Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen entschieden ab. Der damit verbundene Systemwechsel stellt die Kostensteuerung über die Gewährleistung der Versorgung und steht im Widerspruch zu den zentralen geltenden Grundsätzen des KVG, darunter die Zusicherung eines verlässlichen Zugangs der Versicherten zu Leistungen, das Konzepts der Tarifpartnerschaft und das Prinzip des Wettbewerbs im Schweizerischen Gesundheitswesen. Die Vorlage behindert ausserdem, dass der medizinische Fortschritt der Bevölkerung zugutekommt.

unimedsuisse erachtet es als elementar, Massnahmen zur Kostendämpfung gezielt auf die Ausmerzung von Fehlanreizen sowie auf die Ausschöpfung der Rationalisierungspotenzials des Gesundheitswesens auszurichten und ist gerne bereit, an entsprechenden Reformen mitzuwirken.

Massnahme 2: Erstberatungsstelle

Grundsätzlich begrüssen wir Erstberatungsstellen im Gesundheitswesen, die neben der Rolle als verlässliche Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten auch die Funktion als Gatekeeper einnehmen. Das Konzept, das der Vorlage zugrunde liegt, erachten wir jedoch als zu eng und noch nicht ausgereift.

Der in der Vorlage vorgesehene Zwang zur Wahl einer Erstberatungsstelle ist problematisch, da es die Freiheit der Versicherten zur Wahl ihrer Leistungserbringer stark eingeschränkt. Patientinnen und Patienten werden stark von der Erstberatungsstelle abhängig, auch weil sie die Erstberatungsstelle nicht einfach wechseln können, sondern der Bundesrat festlegt, unter welchen Bedingungen ein Wechsel möglich ist und sogar der Versicherer eine Erstberatungsstelle bestimmen kann, falls die versicherte Person noch keine hat. Gleichzeitig birgt die Vorlage das Risiko einer Risikoselektion durch die Erstberatungsstellen, indem diese bevorzugt gesunde Personen annehmen und chronisch kranke, multimorbide oder ältere Positionen benachteiligt werden.

Das System mit Erstberatungsstellen in der vorliegenden Form wird nicht nur kostendämpfend wirken sondern beinhaltet auch kostentreibende Elemente:

- Die administrative Last wird sich für alle beteiligten Akteure zwangsläufig erhöhen. Das Führen resp. Aktualisieren der Listen (welche Erstberatungsstelle von welchen Versicherten gewählt wurden) wird nicht ohne Aufwand zu bewerkstelligen sein, sowohl bei den Kantonen, wie auch bei den Versicherern und Leistungserbringern. Die Prüfung, ob eine korrekte Überweisung vorliegt, ist aufwändig und müsste auf Rückfrage des Versicherers lückenlos nachgewiesen werden können.
- Dass Überweisungen nur durch die Erstberatungsstelle möglich sind, bedeutet, dass jede Entscheidung zu einer Weiterverweisung, etwa an einen Spezialisten oder in ein Spital wieder mit der Erstberatungsstelle abgestimmt werden muss. Dies ist aufwändig und nicht praktikabel.

Gegenwärtig werden in den Notfallabteilungen grosser Spitäler, insbesondere Universitätsspitälern, viele Patienten behandelt, die keinen Hausarzt haben. Dies ist vor allem auf den Mangel an Hausärzten in grossen Ballungsräumen sowie auf den sozioökonomischen Status der Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Es ist unwahrscheinlich, dass die geplanten Verwaltungsmassnahmen diese Probleme

lösen werden. Die Spitäler müssen daher in der Lage sein, diese Patienten ohne unnötige bürokratische Hindernisse weiter zu behandeln.

Es ist ausserdem nicht ganz klar, ob Spitäler nach Art. 40a Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstelle zulässig wären. Der Artikel sollte klarer formuliert werden, um es denjenigen Spitälern, die diese Funktion übernehmen möchten, zu ermöglichen, als Erstberatungsstelle zu fungieren. Gerade für polymorbide Personen und Personen mit komplexen chronischen Krankheiten ist eine solche Erstberatungsstelle an einem Universitätsspital von hoher Bedeutung. Darüber hinaus ist es wichtig, dass grosse Institutionen wie etwa Universitätskliniken in der Lage sind, Patienten von einer internen Klinik mit dem Status einer ersten Anlaufstelle in eine andere Klinik zu verlegen. Gemäss dem aktuellen Gesetzes-Entwurf wäre dies aber nicht zulässig, weil in Art. 40b Abs. 1 Bst. b nur von einer «Überweisung an einen anderen Leistungserbringer» die Rede ist. Unseres Erachtens muss deshalb der entsprechende Text angepasst werden (siehe untenstehenden Wortlaut).

Die Vorlage sieht ausserdem vor, dass die Versicherten eine Erstberatungsstelle aus einer kantonalen Liste wählen können. Es ist dabei wichtig zu betonen, dass Versicherte die Möglichkeit haben müssen, auch Erstberatungsstellen aus anderen Kantonen zu wählen, etwa, wenn sie spezifische chronische Krankheiten haben, für die gute Erstberatungsstellen in einem anderen Kanton vorhanden sind. Auch für Personen, die nahe an einer Kantonsgrenze wohnen oder die in einem kleinen Kanton ohne breite Auswahlmöglichkeiten leben, ist eine Beschränkung auf eine kantonale Liste nicht zumutbar. Art. 40a Abs. 46 muss deshalb klarer formuliert werden.

unimedsuisse erachtet ausserdem die Regelung in Art. 40c Abs. 3, dass der Bundesrat eine Einheitspauschale für Erstberatungsstellen festlegt, nicht als akzeptabel. Je nach Patientenstruktur einer Erstberatungsstelle werden die jährlichen Durchschnittskosten dieser Leistungserbringer stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit komplexeren Patientinnen und Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Werden Erstberatungsstellen umgesetzt, so ist es deshalb wichtig, dass die Vergütung mittels differenzierter Pauschalen erfolgt oder die Abgeltung von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt wird.

Als letzten Punkt möchten wir Fragen der Aus- und Weiterbildung aufführen. Um ihren Auftrag im Bereich des Aus- und Weiterbildungsauftrag für die Ärztinnen und Ärzte (Unterassistenz- und Assistenzstellen) aufrechterhalten und umsetzen zu können, müssen die Universitätsspitäler die Aufgaben einer Erstberatungsstelle in ihren Ausbildungsprogrammen integrieren können, unter anderem in den Abteilungen für Allgemeine Innere Medizin, in den Polikliniken und in der Pädiatrie. Es ist nicht klar, wie dies mit dieser Vorlage umgesetzt werden kann.

unimedsuisse **lehnt die Erstberatungsstelle ihn der vorliegenden Form ab**. Sie ist zu eng konzipiert und verursacht einen hohen bürokratischen Aufwand. Sie erschwert Überweisungsabläufe unnötig. Gleichzeitig birgt sie Risiken von Fehlanreizen wie etwa die Risikoselektion durch die Leistungserbringer mit dem Status als Erstberatungsstelle und kann chronisch kranke und ältere Personen benachteiligen.

Wird die Massnahme der Erstberatungsstellen umgesetzt, so sind mehrere Anpassungen am Entwurf vorzunehmen. unimedsuisse beantragt für diesen Fall folgende Anpassungen:

- Der Zwang zur Wahl einer Erstberatungsstelle muss aufgehoben werden.
- Art. 40a Abs. 2 Bst c: Die Beurteilung zur Überweisung darf nicht allein bei den Erstberatungsstellen liegen, sondern muss auch durch weitere Leistungserbringer möglich sein.
- Art. 40a Abs. 3 Bst. b: Einrichtungen/Spitäler, die der ambulanten Krankenpflege…

- Art. 40a Abs. 6: Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer der kantonalen Listen der Erstberatungsstellen aufgenommen sind….
- Art. 40a Abs.7: kann ersatzlos gestrichen werden.
- Art. 40b Abs. 1 Bst. b: für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer oder an eine andere Klinik des selbigen Leistungserbringers vorliegt.
- Art. 40d Abs. 1: Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante UIntersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer oder eine andere Klinik des selbigen Leistungserbringers, so …

Massnahme 3: Netzwerke zur koordinierten Versorgung als neue Leistungserbringerkategorie

Seit Jahren besteht ein Konsens unter den Akteuren der Gesundheitspolitik, dass die koordinierte Versorgung gefördert werden soll. Nachdem die Tarifeingriffe des Bundesrates in den letzten Jahren mehrfach zu einer Schwächung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beigetragen haben, unternimmt der Bund mit der jetzigen Vorlage einen Versuch, die koordinierte Versorgung zu stärken. Netzwerke als abgeltungsberechtigte Leistungserbringer sollen dabei vor allem für chronisch kranke und multimorbide PatientInnen zur Anwendung kommen. Die Netzwerke sollen im ambulanten Bereich mit **Pauschalen** abrechnen, deren Erträge innerhalb der Netzwerke verteilt werden. Die Pauschalen sollen dabei die Leistungen der gesamten Versorgungskette abdecken. Die Leistungen müssen dazu im Detail erfasst und für die Tarifermittlung und -verhandlung transparent gemacht werden. In den Erläuterungen wird darauf hingewiesen, dass solche Netzwerke besonders für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sein dürften. Dies weist darauf hin, dass es hier primär um eine Art Weiterentwicklung der Gruppenpraxen bzw. neuer Modelle der ärztlichen Praxen gehen soll, die einfach mit einer Pauschale für sämtliche Leistungen statt ambulanten Leistungstarifen gemäss Tarmed vergütet werden sollen.

unimedsuisse begrüsst die Idee, die koordinierte Versorgung im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit und einer verstärkten Kooperation der Leistungserbringer entlang der gesamten Versorgungskette zu stärken. Die Konzeption der Netzwerke als eigenständige Leistungserbringer ist aus unserer Sicht allerdings nicht klar und deren Ausgestaltung in den rechtlichen Rahmenbedingungen noch nicht ausgereift. So ist nicht klar, ob es sich um Netzwerke im Sinne von allgemeinen Managed-Care-Gruppenpraxen (unter einem Dach) und Managed Care-Verbünden (regionale Netzwerke) gehen soll oder eher um krankheitsspezifische regionale Netzwerke, die Behandlungspfade für spezifische Patientengruppen vorsehen. Denn ambulante Gruppenpraxen verfügen in der Regel über ein äusserst gemischtes Patientengut, während Netzwerke, die sich auf chronische und multimorbide Patientengruppen spezialisieren, ganz anders zusammengesetzt sein müssen und einen anderen Grad an Spezialisierung benötigen. Es ist deshalb unser Eindruck, dass mit der Massnahme die Managed-Care-Vorlage, die 2012 vom Volk verworfen wurde, über eine neue Begrifflichkeit doch noch eingeführt werden soll. Die Schwächen der Managed-Care-Vorlage von 2012 – namentlich die Aufhängung an einem Versicherungsmodell anstatt an einer Versorgungskonzeption – werden in der Vorlage allerdings nicht ausgeräumt, sondern durch neue Elemente wie die vorgesehene Pauschale für die gesamte Versorgungskette noch weiter verstärkt. Diese Hauptschwäche möchten wir im Folgenden genauer aufzeigen.

Die Vorlage geht von einer eingeschränkten Konzeption der ambulanten Versorgung aus. Sie ist vor allem auf Praxen von niedergelassenen Ärzten und mit diesem verbundenen Leistungserbringern wie Spitex, und ambulante Therapieangebote wie Physiotherapie etc. ausgerichtet. Es wird entsprechend nicht klar, wie die Spitäler mit ihren spitalambulanten Leistungen, Konsilien, Notfallangeboten und stationären Leistungen bei Krankheitsentgleisungen in die Netzwerke eingebunden werden können. Für eine Versorgung über die gesamte Versorgungskette sind jedoch die spitalambulanten Leistungen zwingend

notwendig. Die Idee einer Versorgung über die gesamte Versorgungskette – wie es die Vorlage immer wieder betont – kann mit dem Modell unseres Erachtens nicht umgesetzt werden. Allenfalls ist eine Zusammenarbeit von regionalen Netzwerken von niedergelassenen Leistungserbringern mit kleinen Spitälern mit kleinem Einzugsgebiet möglich. Schon bei Zentrumsspitälern wird die Integration der spezialisierten spitalambulanten Leistungen in die koordinierten Versorgungsketten (mit entsprechenden Pauschalen) schwieriger, bei Universitätsspitälern als Endversorgern in allen Krankheitsbereichen ist diese Integration quasi unmöglich. Eine Versorgungskette, in welche die Endversorgung nicht eingezogen ist, kann jedoch nie als «gesamte Versorgungskette» bezeichnet werden. Die Vorlage schafft damit neue Gräben zwischen niedergelassenen Angeboten zur spitalambulanten und stationären Versorgung.

Entsprechend diesen Ausführungen ist auch die skizzierte Wirkungsweise der Pauschalen wenig überzeugend: So kann das Konzept von ambulanten Pauschalen für multimorbide und chronisch kranke PatientInnen u.E. nur dann funktionieren, wenn die Leistungen einigermassen standardisiert werden können. Innerhalb der Versorgungskette ist dies allenfalls für die Leistungen der Grundversorgung und weniger spezialisierten Versorger möglich. Sobald Fälle komplexer werden, Komplikationen eintreten und vertiefte Abklärungen notwendig werden, Spezialisten oder sogar universitäre Leistungen zugezogen werden müssen, sind übergreifende Pauschalen kaum mehr anwendbar. Bei einer umfassenden Pauschale müssen aber genau diese Leistungen ebenfalls mitinbegriffen sein. Die vorgesehene Pauschale birgt die Gefahr, dass auf die einfach zu berechnenden Fälle abgestellt wird und die hohen Kosten der komplexen Fälle zu gering bewertet werden. Damit werden die spezialisierten Leistungserbringer, welche die Hochkostenfälle übernehmen, zu wenig abgebildet und entsprechend unterfinanziert – ein Mechanismus, der bereits für das DRG-System bekannt ist und dazu führt, dass die Leistungen der Universitätsspitäler im Abgeltungssystem systematisch falsch abgebildet werden.

Ausserdem geht die Vorlage davon aus, dass die vorgesehene Pauschale nur die Leistungen am Patienten umfassen. Doch jedes Netzwerk bringt auch einen Koordinationsaufwand mit sich, für die Netzwerkstruktur, die Koordination unter den Partnern, gemeinsame Datenstrukturen, Erfüllung von Auflagen und Anforderungen, Erhebung von Kostendaten, die Verhandlung mit den Krankenversicherern etc. Diese Kosten der Koordination im Netzwerk und zur Erfüllung der Auflagen werden weder im Rechtstext noch in den Erläuterungen erwähnt und sind offensichtlich nicht für eine Integration in der Pauschale vorgesehen. Bereits heute gibt es Netzwerke und Patientenpfade für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten (z.B. Brustzentrum Aare für Brustkrebs). Eine der Hürden zur Bildung solcher Netzwerke sind schon heute die hohen Transaktionskosten für die Etablierung, Gestaltung und Pflege des Netzwerkes, entsprechend gibt es solche Netzwerke vor allem für häufige Krankheiten. Das vorgelegte Modell von Netzwerken als Leistungserbringern wird entsprechend kaum funktionieren: Wenn die Transaktionskosten für die Etablierung und langfristige Umsetzung der Koordination zwischen den Netzwerkpartnern ignoriert werden, haben die Leistungserbringer kaum Anreize zur Bildung solche Netzwerke. Im günstigeren Fall ist die Vorlage also wirkungslos. Im ungünstigeren Fall kann die Vorlage aber sogar schädlich sein, indem Netzwerken mit Pauschalen Patientinnen und Patienten, wenn sie zu teuer werden, vom ambulanten Setting (in dem die Pauschale gilt) in den stationären Bereich verlegen, oder indem Personen mit ungünstigem Risiko nicht in Versorgungsnetzwerke aufgenommen werden. Soll die Förderung von Netzwerken und koordinierter Versorgung deshalb gelingen und zur Kostendämpfung beitragen, so müssen sowohl Nutzen wie auch Kosten der Koordination ehrlich dargestellt und im Tarifmodell mit einer entsprechenden Setzung von Anreizen abgebildet werden.

Angesichts des Reformstaus beim Tarmed und den bereits lange andauernden und komplexen gesetzgeberischen Arbeiten zur Einführung von ambulanten Pauschalen (im Rahmen von EFAS) erachten wir es ausserdem als unrealistisch, in nutzbringender Frist für ambulante Leistungen im Netzwerk

Pauschalen über die gesamte Versorgungskette bzw. mehrere Leistungserbringer unterschiedlichster Spezialisierung einführen zu können.

Wir möchten ausserdem darauf hinweisen, dass für Universitätsspitäler die vorgesehene Netzwerkkonzeption mit einem enormen administrativen Aufwand verbunden wäre. So müssten aufgrund der Vorgabe der umfassenden Versorgungskette in jedem Netzwerk auch spezialisierte Leistungserbringer mit Endversorgungsfunktion angeschlossen sein oder es müssten mit diesen Kooperationsverträge abgeschlossen werden, was bedeutet, dass Universitätsspitäler ihre Leistungen mit einer Vielzahl von Netzwerken vertraglich sichern müssten.

Schliesslich möchte unimedsuisse als Mitglied der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten (kosek) seine Enttäuschung darüber ausdrücken, dass die nationalen Netzwerke, die im Rahmen der bundesrätlichen Massnahmen zu den seltenen Krankheiten geschaffen werden, konzeptionell in der Massnahme 3 nicht mitgedacht wurden und aufgrund der vorgelegten Rahmenbedingungen auch nicht als Leistungserbringer anerkannt werden könnten. Obwohl es für chronisch Erkrankte gelten soll, ist das Modell für den Bereich der seltenen Krankheiten nicht attraktiv.

- Netzwerke für die Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheiten sind als Mittel anerkannt, die Versorgung dieser Gruppe von chronisch Erkrankten schweizweit zu organisieren, und so die Versorgung zu verbessern und effizient zu gestalten. Die kosek fördert seit 2017 die Schaffung von entsprechenden schweizweiten Netzwerken, die eine Verantwortung in der Versorgung dieser unterversorgten Patientengruppe übernehmen. Die Netzwerke gemäss Vorlage sind jedoch lokal oder regional gedacht, nationale Netzwerke sind nicht vorgesehen.
- Ambulante Pauschalen funktionieren für seltene Krankheiten nicht, weil die Leistungen aufgrund der Heterogenität der Krankheiten und Leistungen kaum standardisiert werden können.
- Aus der Projekterfahrung der kosek wird klar, dass die fehlende Abgeltung des Koordinationsaufwandes im Netzwerk von Leistungserbringern wie auch die Koordination für einzelne Betroffene – schon heute ein wichtiger Hemmschuh bei der Etablierung der Netzwerke für seltene Krankheiten darstellt. Die Annahme der Motion zur besseren Abgeltung von koordinierter Versorgung im Parlament gaben den Projekten der kosek auf diesem Hintergrund eine Zukunftsperspektive, denn auch wenn der Initialaufwand bei der Netzwerkbildung in der kosek nicht abgegolten wird, so bestand doch die Möglichkeit einer zukünftigen Finanzierung des Koordinationsaufwands. Diese Perspektive wird mit der Vorlage zerschlagen: Ohne eine entsprechende Abgeltung wird es schwierig sein, die Netzwerke für seltene Krankheiten über alle Bereiche der seltenen Krankheiten aufzubauen und nachhaltig zu sichern. Seltene Krankheiten sind für die beteiligten Spitäler in der Regel schon so ein Verlustgeschäft; kommt noch der Koordinationsaufwand hinzu, fehlen die Anreize, sich langfristig zu engagieren, vollumfänglich.
- Die Netzwerkkonzeption sieht keine Beteiligung von Patientenorganisationen bzw. Patientenvertreter vor, diese ist aus Sicht der kosek für chronische Krankheiten jedoch wichtig und entspricht auch den strategischen Zielen des Bundes, die Position der Patienten und Patientinnen in der Versorgung zu stärken.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es die Vorlage verpasst, ein ausgereiftes Modell für die koordinierte Versorgung bei chronischen Krankheiten zu entwickeln und über eine angemessene Abgeltung Anreize zu schaffen, dieses auch umzusetzen. Damit erfüllt die Vorlage unseres Erachtens die Aufträge der zugrundeliegenden Motion Humbel «Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung» nicht.

unimedsuisse ist der Ansicht, dass für die Etablierung einer echten koordinierten Versorgung eine weit weniger komplizierte KVG-Revision notwendig ist. Dabei müsste auf die Pauschale für die gesamte

Versorgungskette verzichtet und ein viel einfacheres Abgeltungsmodell für Netzwerke eingeführt werden, welches echte Anreize für die Koordination und entsprechende Effizienzgewinne erlaubt: Die individuellen Leistungen der einzelnen Leistungserbringer im Netzwerk können dabei weiterhin individuell abgerechnet werden, gleichzeitig sollte jedoch eine Abgeltung für die Koordinationsleistungen selbst (für den einzelnen Patienten und für das Netzwerk) vorgesehen werden. Diese Abgeltung kann an anerkannte Netzwerke ausbezahlt werden und muss von diesen für die Gestaltung und Pflege des Netzwerkes verwendet werden. Ausserdem möchten wir erwähnen, dass nachhaltig verbesserte Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung bereits im Rahmen des heutigen KVG möglich sind, etwa indem die Limitationen für Koordinationsleistungen für spezifische Gruppen von Patientinnen und Patienten flexibler gestaltet werden und diese in den Verordnungen besser differenziert werden. So wären bereits heute mehr Koordinationsleistungen etwa im Bereich der patientenfernen Leistungen möglich. Eine derartige Reform ist möglich und auch im Hinblick auf die Einführung von Pauschalen im ambulanten Bereich (gemäss EFAS) ein angemessener erster Schritt.

Beibehalten werden kann die Idee einer Anerkennung von Netzwerken als eigenständige Leistungserbringer. Dazu müsste eine unabhängige Anerkennung oder Zulassung der Netzwerke als Leistungserbringer geschaffen werden. Dieser Anerkennungsprozess sollte nicht von den Krankenversicherern vorgenommen und in Tarifverhandlungen ausgehandelt werden, sondern sollte nach dem Nutzen für die Versorgung beurteilt werden. Diese Beurteilung könnte entweder durch unabhängige Zertifizierungsunternehmen oder durch ein gemeinsames Gremium der Stakeholder unter Führung der Kantone durchgeführt werden.

Bereits heute bestehen Netzwerke, die sich für eine solche Anerkennung interessieren. Es ist sinnvoll, mit diesen Netzwerken zu starten. Möglich ist ausserdem, dass solche Netzwerke Pilotprojekte durchführen, um differenzierte Pauschalen für verschiedene Patientengruppen zu entwickeln (z.B. Patientinnen/en bei guter Gesundheit, fragile/multimorbide Personen und Patientinnen/en mit komplexem Bedarf). Solche Pilotprojekte werden durch die Massnahmen des ersten Massnahmenpakets ermöglicht (Experimentierartikel) und könnten die Grundlage dazu legen, eine differenzierte Abgeltung der vorgesehenen Netzwerke zu schaffen und die richtigen Anreize zu schaffen.

unimedsuisse lehnt die Massnahme 3 **der Netzwerke als eigenständige Leistungserbringer in der vorliegenden Form** ab. Die Vorlage ist von einer abstrakten Vorstellung von Managed Care her gedacht und schafft es nicht, zu klären, wie die zugrundeliegende koordinierte Versorgung in «umfassenden Versorgungsketten» funktionieren soll.

Für einen kohärenten Rechtsrahmen muss zwingend ein Konzept von koordinierter Versorgung im Netzwerk vorliegen, welches von der **Versorgung von chronischen Kranken** her gedacht ist und welche angemessene Abgeltungsmodelle mit echten Anreizen zur Koordination schafft.

Die **Idee von Pauschalen für die gesamte Versorgungskette muss unseres Erachtens fallen gelassen werden, da sie nicht umsetzbar ist**. Die Anerkennung von Netzwerken als Leistungserbringern und die Abgeltung der koordinierten Versorgung **kann im Rahmen von einfacheren Reformschritten** verbessert werden. unimedsuisse ist mit seinen Erfahrungen im Bereich der Schaffung von Versorgungsnetzen gerne bereit, zur Erarbeitung angepasster Modelle beizutragen.

unimedsuisse schlägt ausserdem vor, die Idee von Netzwerken auch im Rahmen von Pilotprojekten weiterzuverfolgen, um damit differenzierte Abgeltungsmodelle zu entwickeln und gleichzeitig die richtigen Anreize für alle Beteiligten zu schaffen. Dies ist unseres Erachtens im Rahmen der Massnahmen des ersten Revisionspaketes möglich.

Massnahme 4: Programme der Patientenversorgung

Die Massnahme 4 hat einen breiten Anspruch, indem für Programme der Patientenversorgung ein eigener Artikel unter Art 25. Absatz 2 Bst. i geschaffen wird. unimedsuisse befürwortet diese explizite Nennung von Programmen der Patientenversorgung als eigenständige Leistungen unter Art. 25. Aus den Erläuterungen wird jedoch klar, dass bereits heute Programme der Patientenversorgung bestehen und gemäss KVG auch möglich sind. Die Ergänzungen sind entsprechend vor allem dazu notwendig, es Apothekerinnen und Apothekern zu ermöglichen, unter ärztlicher Leitung Leistungen in Patientensteuerungsprogrammen zu erbringen und abzurechnen.

Unser Verband erachtet es als richtig, dass der Rechtstext offen formuliert ist und damit ganz unterschiedliche Programme möglich werden. Die Massnahme 4 ist – wird sie gemäss Vorlage umgesetzt – mit geringeren administrativen Hürden und Transaktionskosten verbunden, was eine hohe Wirksamkeit fördert.

Während gemäss Art. 33 Abs 3^{bis} der Bundesrat die Voraussetzungen für Programme festlegt und das Departement des Innern die Programme genehmigt, sind es die Versicherer und Leistungserbringer, die die Tarife dafür aushandeln müssen. Auch hier erachtet der Bund Pauschalen als sinnvoll, setzt diese aber nicht voraus. Dies erachten wir als pragmatisch, da Programme zur Patientenversorgung sehr unterschiedlich gestaltet sind und betr. der beteiligten Leistungserbringer stark variieren können.

Was ein strukturiertes Programm zur Patientenversorgung ist, bleibt in der Vorlage allerdings vage. Es ist deshalb wichtig, dass der Bund im Rahmen der Erarbeitung des Verordnungsrechts die konzeptuellen Vorstellungen zu derartigen Programmen vorlegt und diese mit Vertretern der Versorgung abgleicht, damit aktuelle und zukünftige Entwicklungen im Bereich strukturierter Patientenprogramme möglich bleiben.

unimedsuisse **befürwortet die gemäss Massnahme 4 enthaltenen Anpassungen von Art. 25 Abs 2 Bst. h und i und Art 33 Abs 3^{bis}.** Bei der Ausarbeitung des Verordnungsrechts wird es wichtig sein, der Dynamik im Bereich von strukturierten Patientenversorgung gerecht zu werden und zukünftige, vielversprechende Entwicklungen nicht durch eine enge Regulierung zu behindern.

Massnahmen 5 und 6: Preismodelle und Ausnahme von den diesbezüglichen Offenlegungspflichten

unimedsuisse erachtet es als wichtig, dass bei der Einführung von neuen Arzneimitteln, Arzneimittelkombinationen und Medizinprodukten verlässliche Rahmenbedingungen für die Vergütung bestehen. Die hohe Dynamik in der Forschung und Entwicklung in diesem Bereich macht eine entsprechende Revision der Rechtsgrundlagen zwingend notwendig. Unser Verband erachtet es dabei als richtig, dass angepasste Preismodelle möglich sind, die die Unsicherheiten im Bereich der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit angemessen einbeziehen.

Die universitäre Medizin ist daran interessiert, neue Therapieoptionen für die Gewährleistung einer qualitativ guten Versorgung in der Schweiz rasch einführen zu können. unimedsuisse erachtet es deshalb als richtig, dass die Schweiz die internationalen Entwicklungen bei den Vergütungsmodellen für Arzneimittel nachvollziehen kann und entsprechende Preismodelle umsetzen kann.

unimedsuisse beurteilt die Regelungen der Rückerstattungen gemäss Art. 18 Abs, $2^{septies}$ Bst. b und Art. 52b als zwiespältig. Einerseits könnten mit den vorgesehenen Abläufen Rückerstattungen ohne grossen bürokratischen Aufwand ermöglicht werden. Gleichzeitig steht diese Ausgestaltung der Rückerstattungen möglicherweise im Widerspruch mit dem heute gültigen Art.56 Abs. 3^{bis} KVG sowie Art. 76a KVV betreffend nicht vollständige Weitergabe der Vergünstigungen für Arzneimittel und Medizinprodukte. Die

Abhängigkeiten zwischen der Rückerstattung, die der Bund verlangen kann und den nicht vollständigen Weitergaben von Vergünstigungen gemäss VITH müssten zwingend geklärt werden.

Ausserdem ist zu beachten, dass die Rückerstattungen in der Statistik transparent gemacht bzw. korrekt verbucht werden müssen, damit die Kosten der Versorgungsbereiche korrekt abgebildet sind.

Aus ordnungspolitischer Sicht ist es störend, wenn Preise und Rückvergütungen nicht offengelegt werden. Die im Gesetz vorgesehenen Ausnahmen zur Offenlegungspflicht sind jedoch notwendig, um Schweizer Patientinnen und Patienten den Zugang zu neuen Therapien zu ermöglichen und dazu gute Preise auszuhandeln.

unimedsuisse befürwortet die Einführung von angepassten Preismodellen für Arzneimittel und die Möglichkeit, Preise und Rückvergütungsvereinbarungen von der Offenlegungspflicht auszunehmen. Im Hinblick auf die Rückvergütungen muss allerdings geklärt werden, **wie die verschiedenen Abläufe im Bereich von Rückvergütungen und Weitergabe von Vergünstigungen (gemäss VITH)** zueinander stehen.

Rückerstattungen müssen ausserdem statistisch korrekt den Versorgungsbereichen und Kostenblöcken zugeordnet werden, damit die Kosten des Gesundheitswesens korrekt abgebildet werden.

Massnahme 7: Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien

unimedsuisse unterstützt die Ergänzung Art. 32 durch einen Abs. 3, der dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, die konkrete Durchführung der Prüfung der WZW-Kriterien auf Verordnungsebene zu regeln. Es ist dabei richtig, differenzierte Vorgaben für die Prüfung vorzusehen.

Aufgrund der sehr allgemein gehaltenen Bestimmung im KVG erachten wir es jedoch als zentral, wie diese Bestimmung im Rahmen des Verordnungsrechts umgesetzt wird. Die Formulierung aus den Erläuterungen, dass der Bundesrat auf Verordnungsstufe das Ziel verfolgen soll, Kriterien für eine «möglichst kostengünstige Vergütung» festzulegen, ist uns deshalb nicht einsichtig. Eine effiziente Leistungserbringung ist nicht gleichzusetzen mit «möglichst kostengünstiger Vergütung». Mit letzterer Formulierung wird impliziert, dass Preisdruck auch unabhängig von den anrechenbaren Kosten und sachgerechten Vergütungen angestrebt wird. Tarife und Vergütungen müssen nach wie vor sachgerecht bemessen sein und den anrechenbaren Kosten folgen.

Gleichzeitig möchte unimedsuisse auf wichtige Stolpersteine bei der Anwendung der WZW-Kriterien im Bereich der seltenen Krankheiten aufmerksam machen. Der Nachweis der WZW-Kriterien ist bei seltenen Krankheiten oft erschwert, weil wenig Literatur vorliegt und aufgrund der Seltenheit die Studienbedingungen schwierig sind. Ausserdem ist ein Quervergleich von Therapien oft nicht möglich, weil es für viele dieser Krankheiten gar keine Therapien gibt. Die Anforderungen im Rahmen der Erstprüfung der WZW-Kriterien müssen deshalb der spezifischen Ausgangslage bei diesen Krankheiten angepasst werden. Wird eine solche Therapie zur Leistungserbringung zugelassen, ist es jedoch zwingend notwendig, dass die Anwendung dokumentiert wird.

unimedsuisse möchte auch darauf hinweisen, dass die Dokumentation der Wirksamkeit von Therapien in unabhängigen Registern erfolgen muss, d. h. nicht in Register angesiedelt sein darf, deren Datenhoheit bei der Produktionsfirma ist. Nur so sind unabhängige Studien zur Wirksamkeit und Zweckmässigkeit sowie Therapie-Vergleiche möglich. Der Bund hat im Rahmen der Zulassung einer Therapie die Möglichkeit, eine solche Dokumentation vorzugeben und muss unseres Erachtens auch die

Rahmenbedingungen dafür setzen, dass die unabhängigen Register, die diese gesetzliche Aufgabe übernehmen, angemessen finanziert werden.

unimedsuisse begrüsst es, dass der Bundesrat die Möglichkeit erhält, gemäss Art. 32 Abs. 3 differenzierte Vorgaben zur Prüfung der WZW-Kriterien zu erlassen.

In der Umsetzung müssen die erschwerten Rahmenbedingungen bei **Therapien zu seltenen Krankheiten** berücksichtigt werden.

Vorgaben zur Dokumentation der Therapien sind als Teil der Zulassung zur Leistungsvergütung zu verstehen. Der Bund muss diesbezüglich die Verantwortung übernehmen, die dazu notwendigen unabhängigen Register mittels geeigneter finanzieller Rahmenbedingungen und infrastruktureller Einbettung ihre gesetzliche Aufgabe wahrnehmen können.

Die Vergütung muss sachgerecht sein und nicht einfach dem Ziel der möglichst kostengünstigen Vergütung folgen.

Massnahme 8: Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis}, 1^{ter}, und 3^{bis} der Vorlage ist immer noch vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen festlegen können. Aus den Erfahrungen der letzten 8 Jahre sind wir zur Überzeugung gelangt, dass das Konstrukt mit den Referenztarifen in der Praxis nicht funktioniert resp. einen riesigen Aufwand und oft grosse Verzögerungen bei den geplanten Behandlungen verursacht. Auch ist es für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz dem Grundsatz der freien Spitalwahl die Wahl eingeschränkt wird oder diese mit nicht nachvollziehbaren Kostenfolgen einhergeht.

Aus Sicht der Universitätsspitäler mit einem grossen Anteil an ausserkantonalen Patienten sind folgende Ärgernisse auf das System der Referenztarife zurückzuführen:

- Kantone passen ihre Referenztarife oft rückwirkend an: Folge sind Storno und Rückvergütungen.
- Referenztarife werden von den Kantonen situativ und oft auch willkürlich gewählt: Patienten haben keine Planungssicherheit.
- Die Beurteilung, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale Behandlung erlauben würde, ist oft willkürlich und wird von den Kantonsarztämtern unterschiedlich gehandhabt. Nicht selten werden nach mehrfachen Wiedererwägungsgesuchen die Kostenübernahme durch den Kanton garantiert: Konsequenz sind unschöne Verzögerungen bei der Behandlung und ein hoher administrativer Aufwand.
- Bei den Entscheiden der Kantone ist weitgehend die Höhe der Baserate massgebend. Dies obwohl hinlänglich bekannt ist, dass unterschiedliche Fallnormkosten auf unterschiedlichen Patienten- und Leistungsstrukturen der Häuser zurückzuführen sind und nur bedingt als Effizienzmassstab herangezogen werden können.

Die Problematik der Referenztarife wirkt sich besonders auf die Universitätsspitäler aus. Diese haben als Endversorger eine überregionale Bedeutung, und weisen entsprechend dieser Funktion einen höheren Anteil an komplexen Fällen und hoch spezifischen Leistungsangeboten und Vorhalteleistungen auf. Dies wird von den Kantonen, die nicht Standortkanton der Universitätsspitäler sind, über das Referenzpreissystem bzw. ihre Entscheidungshoheit über die medizinische Indikation ausgehebelt. Dies wird sich auch mit der Reform der Referenzpreise nicht ändern. Das Referenzpreissystem ist deshalb nicht nur überflüssig, sondern schädlich. Es führt dazu, dass Kantone unter Missachtung der Wahlfreiheit der Patienten ihre eigenen Ausgaben auf Kosten anderer Kantone senken oder Spitälern, die in öffentlichem (oft

kantonalen) Eigentum sind, Patienten forciert zuführen. Der Wettbewerb unter den Spitälern wird so durch die Kantone stark verzerrt.

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird bei den stationären Leistungen bereits mehrfach geprüft. Einerseits im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Bezeichnung von Leistungserbringern auf der Spitalliste. Andererseits mit der Tarifermittlung für stationäre Leistungen, welche ein Benchmarking unter vergleichbaren Leistungserbringern umfasst. Universitätsspitäler sind bereit, ihre Kosten dazu offenzulegen, damit ein angemessenes Benchmarking unter Universitätsspitälern als vergleichbaren Leistungserbringern durchgeführt werden kann (siehe dazu die Stellungnahme unseres Verbands zur KVG-Vorlage betr. die Tarifermittlung von September 2020).

Wird die Tarifermittlung und Tarifgenehmigung (oder Tariffestsetzung) korrekt durchgeführt, resultieren angemessene Tarife, die überkantonal gelten sollten. Die Kantone benötigen keinen zusätzlichen Hebel, um die Preise und Zuweisungspraxis zu steuern.

unimedsuisse fordert die Aufgabe des Referenzpreissystems. Dieses ist nicht geeignet, die Kosten zu senken, sondern führt zu einer intransparenten Umverteilung der Kosten zuungunsten der Universitätskantone, die sowieso höhere Lasten tragen.

Wird am **System der Referenzpreise dennoch festgehalten, ist zwingend ein schweizweiter Referenzpreis für Universitätsspitäler festzulegen**, der der Kostenstruktur der Universitätsspitäler mit ihrer spezifischen Funktion als Endversorger entspricht. Gleichzeitig sind Verfahren für eine faire und Rechtsgleichheit schaffende kantonale Beurteilung der medizinischen Indikation zu schaffen.

Massnahme 9: Elektronische Rechnungsübermittlung

Grundsätzlich befürworten die Universitätsspitäler die elektronische Rechnungsübermittlung: Sie sind bei Ihnen bereits heute üblich und in der Regel arbeiten die Universitätsspitäler dabei im System des *Tiers payant*.

Als generelle Anmerkung möchten wir darauf hinweisen, dass die in der Vorlage vorgesehenen Abläufe im System des *Tiers garant* administrativ aufwändig werden können: Die Rechnungen müssen an die versicherte Person gesandt werden, und wenn diese die Angaben als Papiervorlage an die Versicherer weiterleiten, müssen letztere die elektronische Rechnungsstellung bei den Leistungserbringern anfordern. Dieser Ablauf birgt eine Fehlergefahr und kann deshalb zu erheblichem administrativem Aufwand bei den Leistungserbringern führen. Zur Rechnungsstellung im System des *Tiers garant* ist deshalb eine möglichst einfache Lösung in der Verordnung umzusetzen.

Massnahme 10: Invalidenversicherung analog zu KVG

Die Angleichung der Regelungen der Invalidenversicherung zu denjenigen der Krankenversicherung ist aus rechtssystematischer Sicht sicherlich zu begrüssen. Sie ist jedoch mit Risiken verbunden, auf die wir hier besonders aufmerksam machen möchten.

Gerade für die Zielgruppe der Leistungsbeziehenden der IV entstehen mit der Anpassung an das KVG besondere Risiken, die mit den Schwächen der WZW-Beurteilung im Rahmen des KVG verbunden sind. Wie oben beschrieben betreffen diese Schwächen vor allem Arzneimittel für seltene Krankheiten, bei denen die Beurteilung der WZW-Kriterien bzw. deren Nachweis erschwert ist. Da bei den medizinischen Leistungen der IV viele Kinder und Jugendliche mit seltenen Krankheiten betroffen sind, können die Folgen für die Betroffenen gross sein. Mittels der Revision wird der IV der Handlungsspielraum entzogen, den Zugang zu Therapien für diese vulnerable Patientengruppe weiterhin zu vereinfachen.

Es ist deshalb zwingend notwendig, die Schwächen des KVG im Hinblick auf die Anwendung der WZW-Kriterien im Rahmen des Verordnungsrechts auszumerzen. Erst dann ist eine Angleichung der Abgeltung gemäss IVG an das KVG angemessen. Wir beantragen, die Einführung der KVG-WZW-Verfahren in der IV entsprechend zu verschieben, bis die entsprechenden Prozesse für seltene Krankheiten etabliert sind.

unimedsuisse **beantragt, die Einführung der Prüfung der WZW-Kriterien nach KVG für die Invalidenversicherung so lange aufzuschieben, bis angemessene Kriterien spezifisch für seltene Krankheiten etabliert sind** und deshalb die betroffenen IV-Bezügerinnen und Bezüger keine Nachteile befürchten müssen.

Verzicht auf die Einführung eines Beschwerderechts für Krankenversicherer

unimedsuisse unterstützt die Entscheidung des Bundesrates, auf die Einführung eines Beschwerderechts für Krankenversicherer betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln auf die Spezialitätenliste zu verzichten. Andernfalls besteht das Risiko, dass der Zugang zu Arzneimitteln für Patientinnen und Patienten über gerichtliche Verfahren systematisch blockiert wird. Eine solche Blockade würde zu einem weiteren Anstieg des administrativen Aufwands für individuelle Kostengutsprachen führen, sowohl bei den Leistungserbringern wie auch bei Vertrauensärztinnen und -ärzten und Krankenversicherern und den rechtsgleichen Zugang der Patienten zu medizinischen Leistungen weiter in Frage stellen.

unimedsuisse begrüsst die Entscheidung des Bundesrates, kein Beschwerderecht für Krankenversicherer betr. die Spezialitätenliste einzuführen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Bertrand Levrat
Präsident Universitäre Medizin Schweiz

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Universitätsklinik für Dermatologie, Inselspital, Inselgruppe AG

Abkürzung der Firma / Organisation : DERP / DERK

Adresse : Freiburgstrasse 34, 3010 Bern

Kontaktperson : Prof. Dr. med. Luca Borradori, Direktor und Chefarzt

Telefon : 031 632 22 71

E-Mail : Luca.Borradori@insel.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 13

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Universitätsklinik für Dermatologie Inselpital, Inselgruppe AG	Die Universitätsklinik für Dermatologie des Inselspitals Bern ist im ambulanten und stationären Bereich ein national geschätztes Tertiärzentrum. **Die Universitätsklinik für Dermatologie deckt fachlich das gesamte Spektrum dermatologischer Erkrankungen ab, übernimmt die Betreuung dermatologischer Notfälle der Region, bietet eine Vielzahl von Spezialsprechstunden an, arbeitet interdisziplinär mit den Kollegen angrenzender Fachgebiete zusammen, steht für Zuweisungen niedergelassener Kollegen der Dermatologie und anderer Fachspezialitäten zur Verfügung**, arbeitet aktiv in der Prävention von Hauttumoren und chronischen entzündlichen Dermatosen, leistet einen kompetenten Service in Dermatopathologie, gewährleistet eine hochstehende Aus-, Weiter- und Fortbildung, betreibt eine qualitativ hochstehende klinische und translationale Forschung. Die Klinik hat 4 Prioritätsachsen: 1. Fokussierung des ambulanten und stationären Angebots 2. Kostendeckung und nachhaltige Profitabilität 3. Schaffung eines geschätzten und motivierenden Arbeitsplatzes 4. die Erzielung einer überdurchschnittlichen Patientenzufriedenheit **Die Klinik hat jährlich zirka 40'000 ambulante Konsultationen. Die Mehrzahl unserer Patienten wird konsiliarisch zugewiesen.** Es geht um Patienten, die von Fachspezialisten wie Dermatologen, Internisten, spezialisierten Chirurgen, Gynäkologen, Gastroenterologen, Rheumatologen, Ophthalmologen, etc zugewiesen werden. Die Klinik bietet ein hochspezialisiertes medizinisches Leistungsangebot an mit Spezialsprechstunden in verschiedenen Gebieten: Hautumorzentrum, chronisch entzündliche Erkrankungen, atopische Dermatitis, Psoriasis, allergische Hauterkrankungen und Berufserkrankungen, autoimmune und immun-vermittelten Erkrankungen, Haarerkrankungen, Dermatochirurgie mit Mikrochirurgie nach Mohs, Dermatopädiatrie, Genodermatose, Nagelerkrankungen mit Nagelchirurgie. **Dieses spezialisierte Angebot stellt eine Voraussetzung, um die Patienten mit der notwendigen Expertise und Fertigkeit betreuen zu können.** **In den meisten Fällen weisen somit unsere zugewiesene Patienten komplexe Erkrankungen auf, die oft bereits durch verschiedene niedergelassene Fachärzte in der Praxis ohne Erfolg evaluiert worden sind, da sie entweder diagnostische und oder therapeutische Schwierigkeiten bereitet haben. Die Evaluation solcher Patienten braucht ein hohes Grad an Expertise, ein zeitaufwendiges Studium der Patienten-Akten, ein interdisziplinäres Denken und Zusammenarbeit sowie ein Studium der Literatur um die neuesten Fortschritte im jeweiligen Gebiet zu sammeln** (im Zeitalter der sogenannten *precision and personalized medicine).* **Bereits die jetzige ambulante Tarifstruktur TARMED erlaubt uns nicht, die tägliche Arbeit mit komplexen Patienten in einem Tertiärzentrum kostendeckend durchzuführen, was unseren Spielraum und die Möglichkeiten stetig einengt bzw. verunmöglicht.** Unser Universitätsspital steht unter enormen Finanzdruck und gibt uns nicht zumutbare budgetäre Zielvereinbarungen, die aufgrund der

	jetzigen finanziellen Entgeltungsbasis mit dem TARMED mit unserer Patientenpopulation einfach nicht erreichbar sind. Zusätzlich Aspekte, wie die konstante Steigerung des Einsatzes hochwirksamen aber auch sehr teuren Medikamenten (sogenannte biologicals und small molecules for targeted therapies), die Entwicklung der Bevölkerungsalterung mit der Explosion der Zahl von malignen Hauttumoren (wie Spinalzellkarzinome, Basalzellkarzinome, Melanome) prägen bzw. verändern unser Handeln als Dermatologen in einem Tertiärzentrum und tragen ebenfalls dazu bei die Kosten ständig zu steigern. **Als Universitätsklinik lehnen wir die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches**, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzenaneignung durch den Bundesrat. Gerne verweisen wir diesbezüglich auf die detaillierten Positionsbezüge unserer Dachgesellschaft der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venereologie (SGDV): https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern, verschlechtern würde. Es ist unmöglich sich vorzustellen wie ein Tertiärzentrum die Behandlung der schwierigsten und komplexesten Fälle im ambulanten Bereich mit einem Globalbudget noch gewährleisten kann. - **Regulierter Wettbewerb ist eine gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access

	and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgten Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die Universitätsklinik für Dermatologie lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität in unserem Fachgebiet. Ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Es ist nicht klar erwiesen, dass die eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. **Eine effiziente, kostengünstige Evaluation der Patienten ohne unnötige Abklärungen, Zusatzuntersuchungen und oder falsche Therapien setzt eine Fachexpertise voraus. Wir sind täglich mit einer Vielzahl von falsch behandelter Patienten konfrontiert, die durch das gating System mit eingeschränkte Arztwahl nicht die Möglichkeit gehabt hätten, sofort eine korrekte medizinische Betreuung zu bekommen.** - **Als dermatologische Klinik erachten wir die fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich**. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höhere Privatversicherungen kompensiert werden könnten. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.

	Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten (klassische Sprechstunde). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt wird, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke/Polikliniken). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die Klinikleitung kategorisch ab.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	40a	6		Es ist nicht klar ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	

Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die Klinikleitung lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt. **Bereits die jetzige ambulante Tarifstruktur TARMED erlaubt uns nicht die tägliche Arbeit mit komplexen Patienten in einem Tertiärzentrum kostendeckend durchzuführen, was unser Spielraum und Möglichkeiten stetig einengt bzw. verunmöglicht. Pauschalen für die Aktivität in einem ambulanten hochspezialisierten Unizentrum mit komplexen Patienten sind unzumutbar und vollständig daneben.**	
Universitätsklinik für Dermatologie	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund	

Inselgruppe AG				verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen. **Pauschalen für die Aktivität in einem ambulanten hochspezialisierten Unizentrum mit komplexen Patienten sind unzumutbar und vollständig daneben.**	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	54	D		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung **Als Tertiärzentrum müssen wir damit rechnen, dass wir mit einer weiteren Zunahme der Zuweisung von ambulanten Patienten mit komplexen Erkrankungen konfrontiert werden. Niedergelassene Fachärzte wären nicht mehr in der Lage, Patienten welche diagnostische und oder therapeutische Schwierigkeiten bereiten, zu betreuen und nachverfolgen. Die Evaluation solcher Patienten braucht einen hohen Grad an Expertise und ist extrem zeitaufwendig. Diese medizinischen Leistungen können nicht mit einem Fallpauschalsystem honoriert werden-**	
Universitätsklinik für Dermatologie Inselgruppe AG	54	E		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Balgrist
Universitätsklinik

Universitätsklinik Balgrist
Spitaldirektion

Thomas Huggler
Operativer Spitaldirektor

Kontaktperson
Bettina Wapf
Leiterin Unternehmensentwicklung

Forchstrasse 340
8008 Zürich, Schweiz

T +41 44 386 14 16
F +41 44 386 14 09
Bettina.Wapf@balgrist.ch
www.balgrist.ch

Per Mail an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch:

Zürich, 7. Dezember 2020

Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des KVGs betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

Sehr geehrte Damen und Herren

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Vernehmlassungsvorlage KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung danken wir Ihnen bestens.

Die Universitätsklink Balgrist schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme des Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) vom 30.10.2020 an. Insbesondere möchten wir die Ausführungen in Artikel 54 ff. bezüglich Kostenziele kommentieren.

Kostenziele führen nicht zu einer effizienteren Leistungserbringung, sondern unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies führt dazu, dass Leistungen nicht dort erbracht werden, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten wäre, sondern wo noch ausreichend Budget vorhanden ist. Als Konsequenz führt dieser Umstand zu einer Zweiklassenmedizin, in welcher privatversicherte Patientinnen und Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden.

Zudem wird die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife verstärkt und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt werden. Einvernehmlich verhandelte Tarife wären nicht mehr verbindlich, sondern könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden.

Wir danken Ihnen für die Prüfung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Thomas Huggler
Operativer Spitaldirektor

Bettina Wapf
Leiterin Unternehmensentwicklung

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG
Abkürzung der Firma / Organisation	UPD
Adresse	Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60
Kontaktperson	Severin Wihler
Telefon	031 930 99 26
E-Mail	severin.wihler@upd.ch
Datum	8. Dezember 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziels vorgesehenen Massnahmen sind planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Er spricht sich zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und steht für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
	Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen schränken die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall ein. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenz zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von potentiell psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und damit eine sachgerechte Triage vorzunehmen. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Fachexpertise und Weiterbildung.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gerade bei chronifizierten Krankheiten und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - Erstberatungsstellen für psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, direkt bei psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. In der Psychiatrie besteht - anders als in vielen anderen Fachgebieten - nachweislich eine starke Unterversorgung (z.B. wegen Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten mit Psychosen und somatoformen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert werden. Längerfristig führt dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führt, dass möglichst gesunde Risiken und Patienten/innen mit leichten bzw. mit komplexen psychischen Störungen selektioniert werden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt wird. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Die Folge wären Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen mit entsprechenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die systemrelevanten sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würde die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil die aktuellen (TARMED) und geplanten (TARDOC) Tarifsysteme die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlich gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen werden und zu einer Segregation zwischen leichten und komplexen schweren Krankheitsbildern führen. Kranke Personen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten werden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozialpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegenden, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig ausgeprägt ist. Insbesondere ist die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen ein Hinderungsgrund. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und TARDOC nicht abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind (das ist der Grund, warum DRGs sich in der Psychiatrie nicht bewährt haben), schlagen wir ein Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen.	
	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Dr. med Urs Bader
Abkürzung der Firma / Organisation	:
Adresse	: Geissacher 6, 8126 Zumikon
Kontaktperson	: Dr. Urs Bader
Telefon	: 043 288 02 02
E-Mail	: hautarzt.bader@hin.ch
Datum	: 12.11.2020

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit nehme ich Stellung zur vorgeschlagenen Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.

Allgemeine Bemerkungen:
Als Spezialist in einer Fachrichtung trage ich tagtäglich bewusst dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. Ferner hat mien Dachverband SGDV im Rahmen der «smarter medicine» eigene Vorschläge ausgearbeitet und publiziert, bei welchen (überflüssigen) Behandlungen Kosten eingespart und Behandlungen verbessert werden können
In meiner Fachrichtung kommt es häufig vor, dass ich der/die PatientIn direkt an uns richtet, ohne zuerst eine Erstberatungsstelle aufgesucht zu haben. Das ist sehr oft sinnvoll, so erkennt der /die PatientIn ohne Hilfe, dass es sich um ein Hautproblem handelt, und kann auch meistens selbst entschieden, wie dringend das Problem anzugehen ist. Diese direkte Umgehung einer Erstberatugsstelle ist hier sogar kostensparend.

Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat.
Gerne verweisen wir diesbezüglich auf die detaillierten Positionsbezüge:
https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html

Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen.

Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II.

- **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten**
  Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. Alle stärker verstaatlichten Gesundheitssysteme haben nicht zu einer signifikanten Reduktion der Kosten geführt, hingegen zu einer Verschlechterung der Qualität, auch der Dienstleistungsqualität (zB Wartezeiten: siehe unten).

- **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis**
  Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Im Falle einer stärkeren staatlichen Steuerung des Gesundheitswesens müsste im Umkehrschluss auch die Möglichkeit für vermehrt Leistungen ausserhalb der staatlichen Vorgaben geschaffen werden.
- Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66).
  Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben.

- **Keine Verstaatlichung**
  Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist.
  Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus

diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren, könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären.
Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; weniger unnötige, nicht zielgerichtete Zusatzuntersuchungen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich.

- **Keine Eingriffe in die unternehmerische Freiheit und die Autonomie der Leistungserbringer**
- Wichtige Teile der Massnahmen, besonders Art. 36b, bedeuten massive Eingriffe in der Details der Tätigkeit der Leistungserbringer. Dies ist mit meinem Verständnis einer freien Berufsausübung nicht vereinbar. Zudem ist die Pflicht zum Anschluss an ein elektronisches Patientendossier utopisch, solange noch kein funktionsfähiges derartiges Dossier existiert.

- **Massnahmen müssen Qualität fördern**
  Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Nur Kosten zu senken, führt in der Regel zu schlechterer Qualität („Qualtiät kostet“). Schlechtere Qualität hingegen zeitigt langfristig Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung.
  Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung.

- **Kostendämpfung findet statt**
  Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet.

- **Kompetenzen-Wirrwarr**
  Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen.

- **Vage Schätzungen taugen nicht**
  Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde.

- **Fehlanreize bleiben**
  Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr. U. Bader	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	Ersatzlos streichen
Dr. U. Bader	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Dr. U. Bader	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Dies ist ein grosser Schritt in Richtung Staatsmedizin.	
Dr. U. Bader	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	Ersatzlos streichen
Dr. U. Bader	36b	3	b-f	Dies sind Vorschriften Eingriffe in die Autonomie des Leistungserbringers, die ich als Freiberufler ablehne. Es ist nicht sache des Bundesrates, diese Details vorzuschreiben.	
Dr. U. Bader	40a	1		Falls dies so gehandhabt wird, MUSS es eine Möglichkeit geben, im Sinne einer Privatleistung die Erstberatungsstelle zu umgehen und frei den Arzt/die Ärztin der persönlichen Wahl auszusuchen.	Ergänzen mit einem Passus zu freien Leistungen

				Dies bedeutet dann allerdings Zweiklassenmedizin.	
Dr. U. Bader	40a	3	A, c	Hierzu ist zu bemerken, dass auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind	
Dr. U. Bader	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht. Zudem besteht die Möglichkeit zur Willkür, da Kriterien zum Einschluss in die Liste nicht näher definiert sind.	
Dr. U. Bader	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Dr. U. Bader	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Dr. U. Bader	40c	2		Es ist zudem wirtschaftlich unlogisch, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen.	
Dr. U. Bader	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Es ist zu befürchten, dass ein solcher Leistungskatalog dem medizinischen Entwicklungen hinterherhinkt	
Dr. U. Bader	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl und die Autonomie des/r Patienten/in. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Dr. U. Bader	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, besonders im Operativen Setting. Für andere Leistungen wie Erklärungen, Informationsgespräche und ähnliches sind sie meines Erachtens nicht sinnvoll, da diese nicht standardisiert werden können,	

				insbesondere aufgrund der Individualiät sowohl der Erkrankungen als auch der PatientInnen. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Dr. U. Bader	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Bei Kostenzielen nicht berücksichtigt werden Entwicklungen in der Medizin und der Demographie. So ist eine fixe Vorgabe von aussen ein ekünstliche Planwirtsacht, welche der Wirklichkeit nicht gerecht wird. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	
Dr. U. Bader	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Dr. U. Bader	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein und führt zu weiteren Kosten.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. U. Büttiker FMH Dermatologie

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Grünenbodenweg 5

Kontaktperson : item

Telefon : 079/693 75 81

E-Mail : ursbuettiker@gmx.ch

Datum : 27.8.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 7

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 8

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Sehr geehrte Damen und Herren Ich bemängle stark die Bestimmung Art 40 a Erstberatungstelle Absatz 1, dass ein Versicherer ein solche bestimmen muss. Ihre Expertengruppe hat ja empfohlen, dass die Gate Keeper Modelle nicht obligatorisch sein sollen sondern nur gefördert, desweiteren hat eine Aufhebung der freien Arztwahl politische (und zuletzt beim Volk) keine Chance. Es liegen Studien vor im Fach Dermatologie, dass bezüglich Melanombehandlungen die freie Arztwahl kostengünstiger ist als das Gate Keeper Modell. Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung sehe ich öfters durch Gate Keeper Modelle chronisch verschleppte Patienten, die zu spät überwiesen werden. Eine direkte Vorstellung beim Dermatologen wäre kostengünstiger gewesen. Diese Beobachtung macht man in England, wo das HMO ebenfalls obligatorisch ist. Die Patienten sind chronisch unterversorgt und schlecht diagnostiziert, was zu deutlichen Langzeitkosten führt. Desweiteren ist in der Hautkrebskontrolle nur der Dermatologe mit dem Dermatoskop entsprechend ausgebildet Muttermale zu beurteilen, es macht keinen Sinn, dies „gate“ keepen zu wollen. Desweiteren werden viele Patienten auch von den Spezialisten bereits wieder zu dem richtigen Spezialisten zugewiesen. Kleine medizinische Fächer wie Ophtalmologie, HNO, Dermatologie sowie das Fach Gynäkologie sind sowieso auszunehmen vom Obligatorium. Desweitere erachte ich die gewollte oder ungewollte Spaltung der Aerzteschaft durch diese Massnahme als problematisch (Kompetenzgerangel, Machtverhältnisse usw.)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	Art 40a	1		Kein Obligatorium	„Muss“ ersetzen durch kann
	Art 40c	2		keine Vergütung an den Leistungserbringer ohne Leistung (FMH verbietet in den Standesordnung solche Entschädigungen)	Streichen
	Art 40 a	3		Apothekerinnen und Apotheker, oder andere medizinische Berufsgruppen tragen schon heute einen wichtigen Beitrag zum Gate Keeping bei	Ergänzen Apothekerinnen, Apotheker, ev andere (para)medizinische Berufsgruppen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

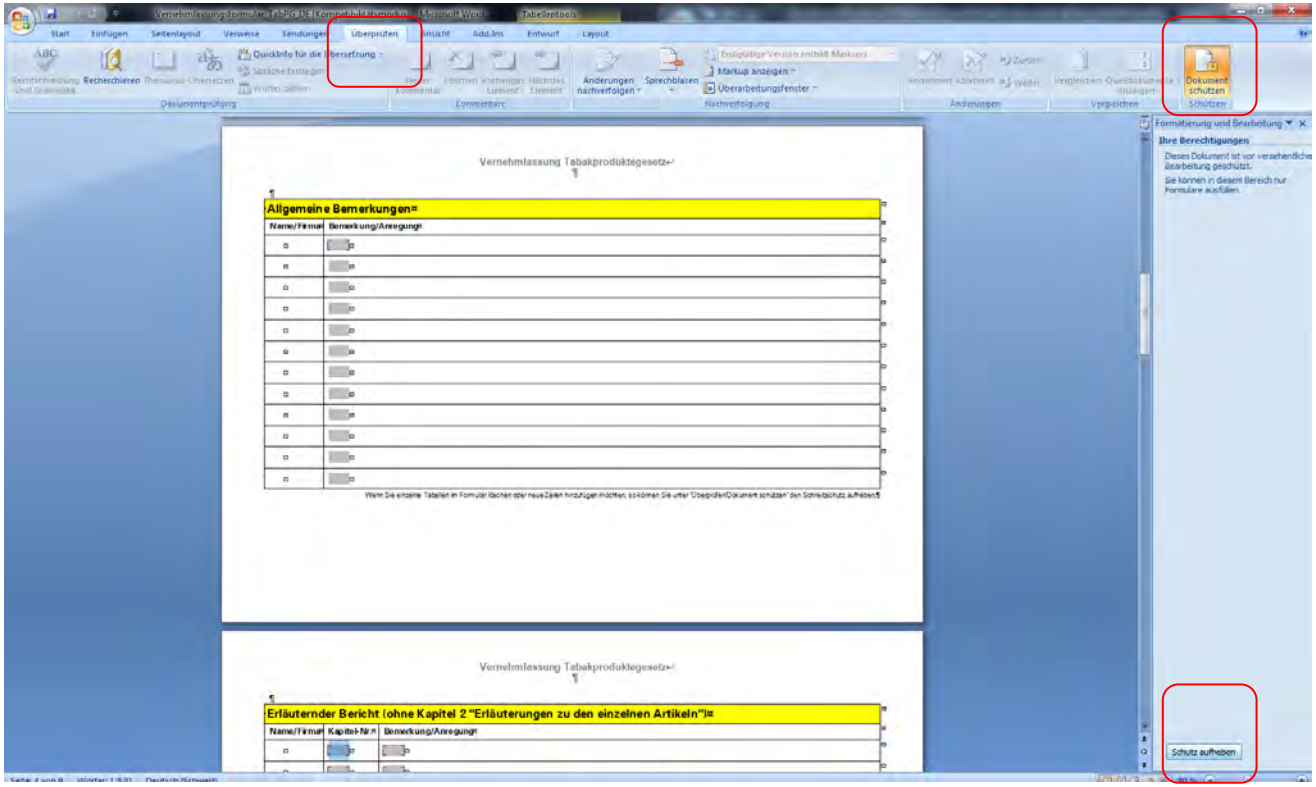
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
	Art 40 a 1	Desweiteren ist in der Hautkrebskontrolle nur der Dermatologe mit dem Dermatoskop entsprechend ausgebildet Muttermale zu beurteilen, es macht keinen Sinn, dies „gate“ keepen zu wollen. Kleine medizinische Fächer wie Ophtamologie, HNO, Dermatologie sowie das Fach Gynäkologie sind auszunehmenvom Obligatorium	

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

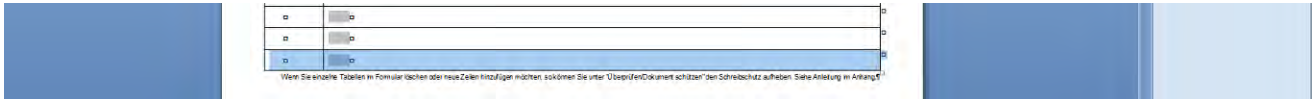
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



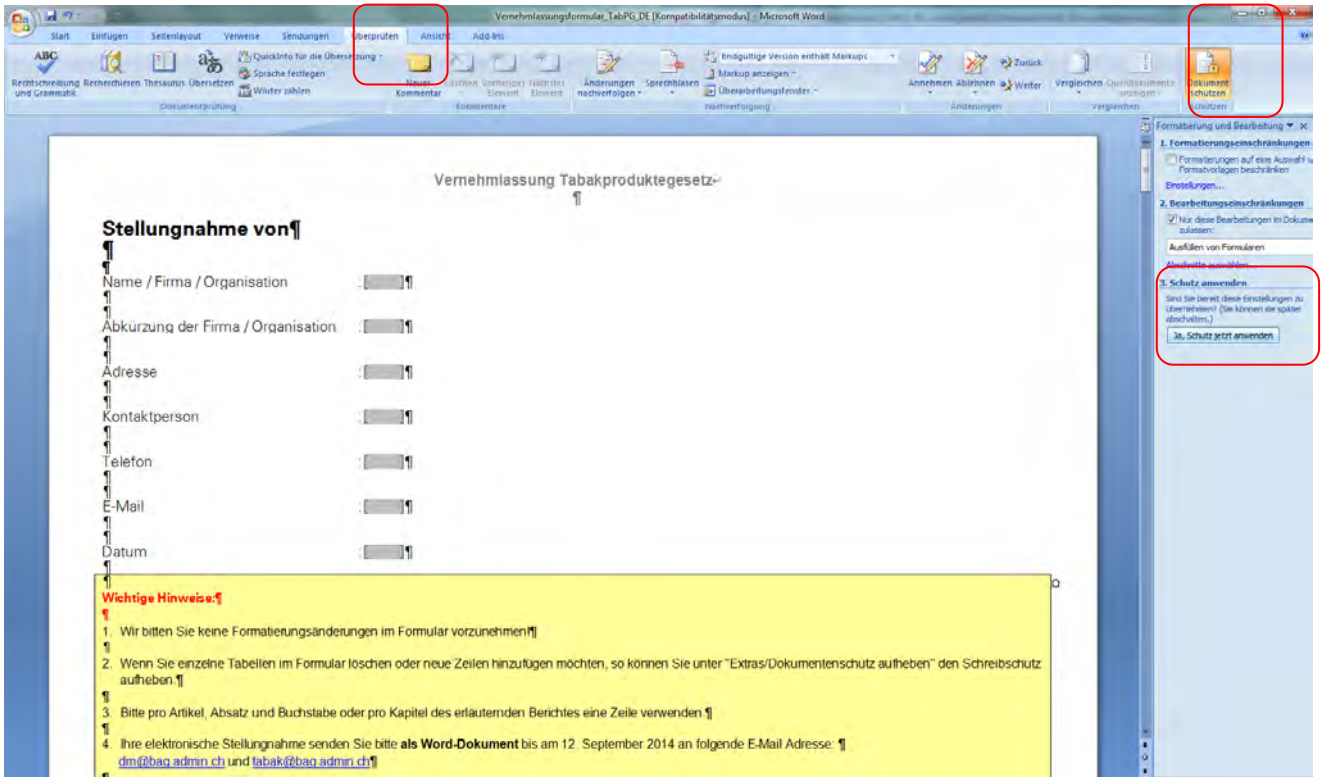
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Universitätsspital Basel

Abkürzung der Firma / Organisation : USB

Adresse : Hebelstrasse 36, 4031 Basel

Kontaktperson : Rosemarie Noesberger/Martin Gerber

Telefon : 061 265 38 77

E-Mail : rosemarie.noesberger@usb.ch

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
USB	**Zielvorgabe Kostenentwicklung der OKP** Das Universitätsspital Basel lehnt diesen Artikel ab und schliesst sich der Eingabe von H+ an. Zudem möchten wir ergänzend festhalten, dass der medizinische Fortschritt gerade im universitären Umfeld schnell und dynamisch ist. So kann der administrativ langwierige und aufwändige «Global-Budget-Prozess» kostenintensive Therapien wie bspw. Gentherapien (CAR-T) nicht rechtzeitig berücksichtigen. Die Hürden für die Einführung von innovativen Behandlungen werden dadurch noch höher als sie heute schon sind. Im operativen Bereich stellt sich betreffend die Massnahmen in den Tarifverträgen stellen sich Fragen, wie diese umgesetzt werden in Situationen, in welchen während mehreren Jahren kein Tarifvertrag zustande gekommen ist und mit provisorischen Tarifen gearbeitet wurde.
USB	**Erstberatungsstelle** Das Universitätsspital Basel lehnt die Einführung einer Erstberatungsstelle ab. Das Ziel einer Kostenreduktion durch Einführung einer Erstberatungsstelle wird bezweifelt. Im Gegenteil: Die Administrationskosten für alle beteiligten Leistungserbringer wird sich massiv erhöhen (bspw. bei strittigen Notfallbehandlungen werden die Abklärungskosten, wer die Rechnung bezahlen muss, explodieren). Zudem fördert der vorgesehene Mechanismus, dass die vorgesehene Pauschale (pro versicherte Person) an die Beratungsstelle bezahlt wird, auch wenn der Patient keine Leistungen bezogen hat, falsche Anreize. Beispiel: Die Erstberatungsstelle setzt die Hürden für die Erreichbarkeit absichtlich so hoch, dass der Patienten die Erstberatungsstelle gar nicht erst aufsucht oder zu spät aufsucht. Das wiederum führt zu höherem Patientenaufkommen in Notfallstationen und/oder bei Endversorger, welche einen 24/7-Betrieb gewährleisten. Die Erstberatungsstelle konkurriert die heutigen Versicherungsmodelle der Krankenversicherer. Und zwar nicht nur diejenigen Produkte in der Grundversicherung, sondern auch diejenigen im VVG. Sollten entgegen unserer ablehnenden Haltung gegenüber Erstberatungsstellen trotzdem solche eingeführt werden, erachtet es das Universitätsspital Basel als wichtig, dass auch ambulante universitäre Zentren (z.B. Polikliniken) als Erstberatungsstelle anerkannt würden. Diese tragen massgeblich zu Ausbildung der jungen Ärzteschaft bei (Ausbildungsauftrag).

USB	**Koordinierte Versorgung** Das Universitätsspital Basel lehnt die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sowie Programme der Patientenversorgung in dieser Form ab, weil die Spitäler in den Vorschlägen nicht berücksichtigt sind. Wir begrüssen grundsätzlich eine koordinierte Versorgung. Es gibt jedoch bereits bestehende Strukturen, bspw. in der Form von Kooperationen zwischen Akutspitäler und Rehabilitationskliniken. Wir würden begrüssen, wenn der Bundesrat solche Kooperation stärkt, bspw. indem, dass die Versicherer solche Kooperationen in den Tarifverträgen finanziell begünstigen (müssen). Im vorliegenden Vorschlag können Spitäler nicht als Netzwerke der koordinierten Versorgung auftreten. Gerade die Spitäler können aber diese Rolle sehr gut ausüben. Beispiel: Der Patient tritt in der Notfall-Station ein. Das Spital führt die Notfallbehandlung und den Eingriff durch. Das Spital koordiniert die stationäre Rehabilitation sowie die ambulante Nachbetreuung mit seinen Partnern. Durch das Netzwerk profitiert der Patient von eingespielten, effizienten Abläufen, welche eine bessere Qualität begünstigen.
USB	**Referenztarif** Das Universitätsspital Basel begrüsst die vorgesehenen Anpassungen, sieht aber noch weiteren Handlungsbedarf. Es ist immer noch in der Kompetenz des Wohnkantons den Referenztarif festzulegen; wenn der Kanton selber über kein Universitätsspital verfügt, kann der Referenzpreis immer noch deutlich tiefer festgelegt werden, als der Basispreis des ausserkantonalen Universitätsspitals. Somit wird die freie Spitalwahl nach wie vor stark eingeschränkt. Die universitären Endversorger sollten daher von der vorgesehenen Festsetzung des Referenzpreises ausgenommen werden oder die Kantone sollten einen Referenztarif «Universitätsspital» festlegen, welcher sich an den Baserates von Universitätsspitälern orientiert. Alternativ könnte bestimmt werden, dass die universitäre Behandlung in jedem Fall zum Basispreis des Standortskantons abzurechnen sei. Dies würde den administrativen Aufwand bei den Kantonen, Versicherern und Spitälern stark erleichtern (heute muss für jeden ausserkantonalen Patienten eine Kostengutsprache eingeholt werden) und Verzögerungen bei geplanten Behandlungen verhindern.
USB	**Elektronische Rechnungsübermittlung** Das Universitätsspital Basel lehnt diesen Artikel ab. Es ist Sache der Tarifpartner und muss nicht gesetzlich geregelt werden. Die Tarifpartner sind bereits jetzt daran interessiert einen optimalen administrativen Prozess zu definieren. Vgl. dazu das Projekt SHIP von diversen Krankenversicherern und Spitälern.
USB	**Rückerstattungen**

	Artikel 52b, Abs 1 ist allenfalls in Widerspruch mit Art. 56, Abs. 3bis KVG + KVV 76 betreffend nicht vollständiger Weitergabe der Vergünstigungen. Zumindest sollten die Abhängigkeiten geklärt werden zwischen dieser Rückerstattung, die der Bund verlangen kann und den nicht vollständigen Weitergaben von Vergünstigungen gemäss VITH.

vaka
Gesundheitsverband Aargau

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Aarau, 15. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative).

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, in der Vernehmlassung zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (Massnahmenpaket II) Stellung nehmen zu können. Mit ihren rund 120 Mitgliedern vertritt der aargauische Gesundheitsverband vaka alle Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychosomatischen und Psychiatrischen Kliniken sowie die Pflegeinstitutionen im Kanton Aargau.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die vaka lehnt die Vorlage in der vorliegenden Form ab. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Aus Sicht der vaka ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten.

Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere:

- Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone.

- Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht.

- Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe.

- Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

Die vaka verschliesst sich der Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten nicht. Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten

- die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden,
- die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel) ,
- das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden,
- die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt,
- der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft,
- die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert,
- die ambulante Versorgung gestärkt,
- die integrierte Versorgung gestärkt
- und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden.

Die vaka unterstützt eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung. Sie spricht sich aber dezidiert gegen die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aus. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird!

Die vaka engagiert sich für den regulierten fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen und lehnt die rein planwirtschaftliche und kostenbasierte Steuerung des Gesundheitswesens ab!

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen

2.1 Einführung von Kostenzielen

Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf?

In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet.

Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.»

Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen.

Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll,

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein.
In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels.

Fazit: Die vaka lehnt die Einführung von Kostenzielen ab. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.

2.2 Erstberatungsstelle

Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten.

Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen.

Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen.

Definition von Beratungsstellen: Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen).

Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen.

Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern.

Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung.

Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die vaka lehnt die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle ab. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.

2.3 Stärkung der koordinierten Versorgung

Die vaka unterstützt die Stärkung der koordinierten Versorgung. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden.

Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.

3. Fazit

Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. **Die vaka lehnt das Kostendämpfungspaket II in der vorliegenden Form ab!**

Freundliche Grüsse

vaka

Dr. Hans Urs Schneeberger
Geschäftsführer

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : vaka - aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen

Abkürzung der Firma / Organisation : vaka

Adresse : Laurenzenvorstadt 11

Kontaktperson : Hans Urs Schneeberger

Telefon : 062 836 40 96

E-Mail : hansurs.schneeberger@vaka.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 15

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
vaka	Die Vorlage wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Leider ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten. Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere: ➢ Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone. ➢ Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht. ➢ Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. ➢ Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

	Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten ➢ die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden, ➢ die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel), ➢ das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden, ➢ die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden, ➢ der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft, ➢ die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert, ➢ die ambulante Versorgung gestärkt, ➢ die integrierte Versorgung gestärkt ➢ und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden. Eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung wird unterstützt, die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aber dezidiert abgelehnt. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird! Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
vaka	**Einführung von Kostenzielen** Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget. Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

	Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet. Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.» Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen. Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels.

	Fazit: Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.
vaka	**Erstberatungsstelle** Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten. **Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich:** Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen. Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann. **Chronisch kranke Personen werden benachteiligt:** Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst

	sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen. **Definition von Beratungsstellen:** Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen). Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse. Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern. Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

	Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung. Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle wird abgelehnt. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.
vaka	**Stärkung der koordinierten Versorgung** Die Stärkung der koordinierten Versorgung wird unterstützt. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden. Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.
vaka	**Fazit** Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. Das Kostendämpfungspaket II wird in der vorliegenden Form abgelehnt!

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
vaka	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»

vaka	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme** 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
vaka	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …

vaka	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
vaka	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.

vaka	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
vaka	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
vaka	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:

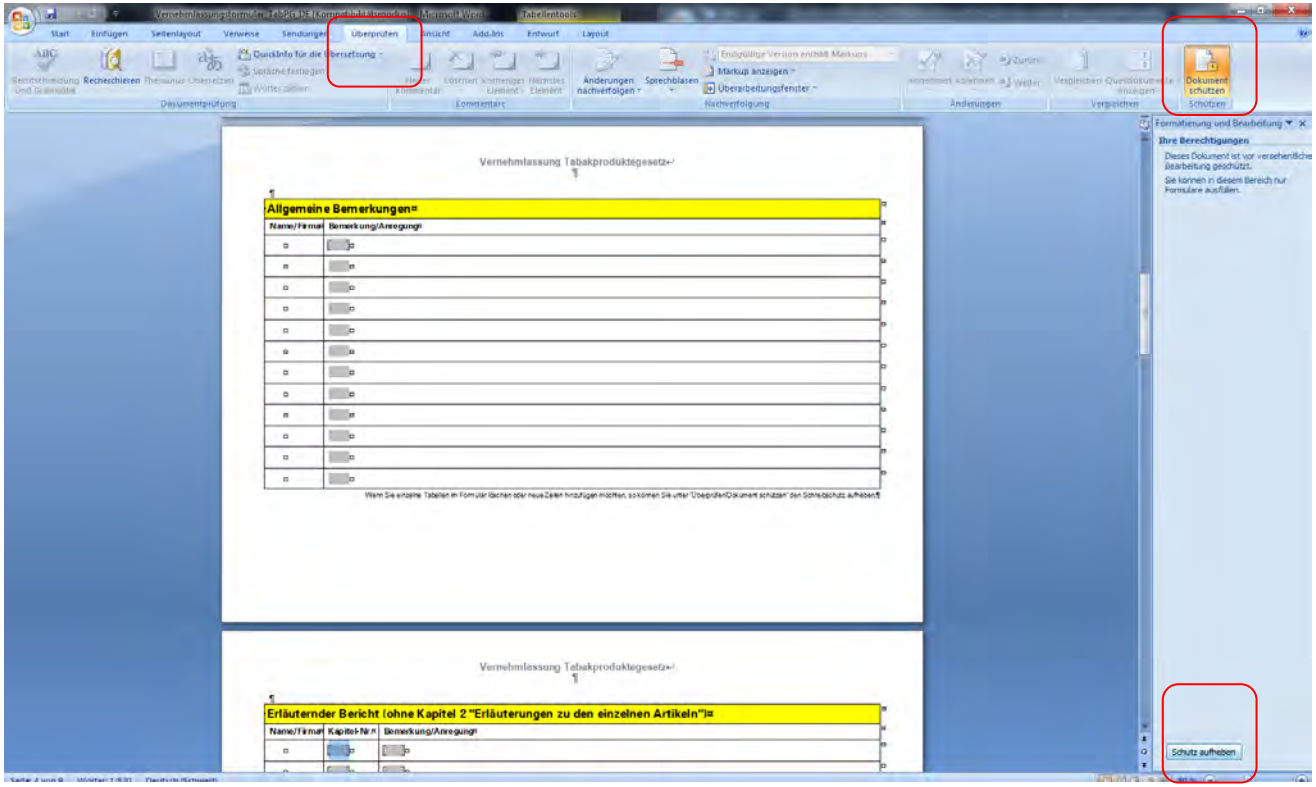
				Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen
vaka	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

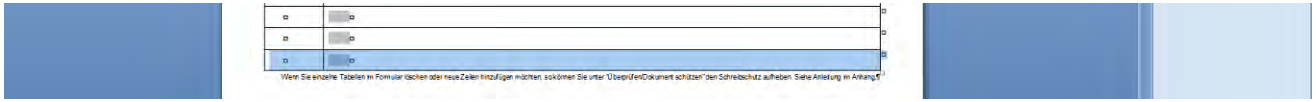
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

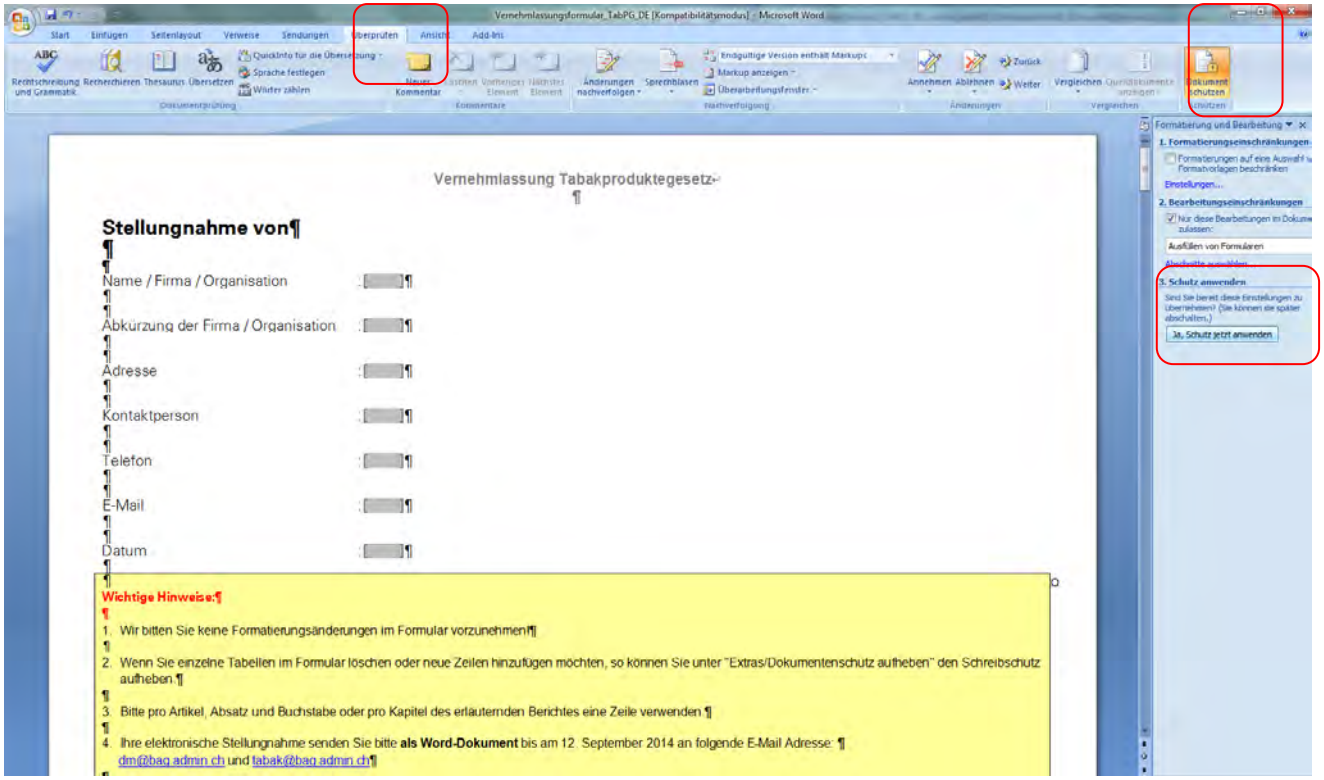


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Vereinigung der AssistenzärztInnen in Psychiatrie und Psychotherapie von **Zürich**, Zentral-, Nordostschweiz und Aargau
Abkürzung der Firma / Organisation	: VAPZ
Adresse	: Obere Schöntalstrasse 40, 8400 Winterthur
Kontaktperson	: Dr. med. Michael Wallies, Präsident
Telefon	: 079 400 07 04
E-Mail	: michaelwallies@hotmail.com
Datum	: 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Der VAPZ spricht sich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Zudem würde sich daraus eine Segregation zwischen leichten und schweren Krankheitsbildern ergeben. In der Psychiatrie würde das bedeuten, dass die komplexen Krankheitsbilder aufgrund fehlender Kostendeckung nur noch ungenügend in den privaten Praxen behandelt werden könnten und in durch Subventionen unterstützte institutionelle ambulante oder stationäre Einrichtungen verschoben würden. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.

	Der VAPZ wehrt sich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der psychiatrischen Praxen und institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21	2		Der VAPZ wehrt sich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Die VAPZ ist der klaren Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich.	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden. Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich**	

				geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten <u>in aggregierter Form</u> enthalten müssen.
	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine <u>staatliche Zwangs-Zugangssteuerung</u> zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert. - der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Fachärztin/Facharzt. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin in Reinkultur. - für die psychiatrischen Kliniken wird die Umsetzung der integrierten Versorgung erheblich erschwert. Das führt zu längeren Klinikaufenthalten, weil durch die Einführung von Erstberatungsstellen die Zuweisung in poststationäre ambulante Behandlungen erschwert wird.	

				Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg	Analog 40a-d anzupassen.
	41a				Analog 40a-d anzupassen.
P	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.

	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele	Streichung von Art. 54a-e-

				grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen; Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung Bündner Spitalärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : VBSAE

Adresse : St. Martinsplatz 8, Postfach 619 7001 Chur

Kontaktperson : Lic. jur. Marc Tomaschett,

Telefon : 081 257 01 75

E-Mail : marc.tomaschett@hin.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **6**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VBSAE	Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen haben zur Lancierung der Volksinitiative " Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen" geführt. Unabhängig von dieser Initiative hat das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) im Auftrag des Bundesrates und gestützt auf den Bericht einer internationalen Expertengruppe vom 24.08.2017 Massnahmen zur Kostendämpfung ergriffen. Die vorliegende Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) sind ein Resultat dieser Bemühungen und als weitreichender, konkretisierter Gegenvorschlag zur Initiative zu verstehen. Der Erläuternde Bericht des EDI zur angestrebten Gesetzesänderung vom 19. August würdigt die Stossrichtung und übernimmt die Argumentation der genannten Initiative. Basierend auf dem durch den Bundesrat in Auftrag gegebenen Bericht "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" einer internationalen Expertengruppe von 2017 wird die Einführung einer Zielvorgabe für die Kontrolle der Kostenentwicklung als zwingende Massnahme erläutert. Diese Massnahme soll durch den neuen Artikel 54 "Kostenziele" Eingang ins KVG erhalten. Die Argumentation für die Einführung dieser Kostenziele geht unter anderem von **zwei, nicht erhärteten und aus der Sicht des VBSAE falschen Annahmen** aus: a) Das Vorliegen einer medizinisch nicht begründbaren Mengenzunahme, gesteuert durch die Leistungserbringer (vgl. Bericht Seite 9 und 10) b) Die Bereitschaft der Prämienzahler mit einer Senkung der Prämien eine Rationierung der Leistungen im Krankheitsfall zu billigen. Zu a) Der VBSAE ist überzeugt, dass es sehr viel weniger eine "medizinisch nicht begründbare" Mengenzunahme als die demografische Entwicklung mit Zunahme der Lebenserwartung und Alterung der Gesellschaft sowie der medizinische Fortschritt ist, die zu einer Zunahme der Kosten im Gesundheitswesen und somit zum Anstieg der Prämienlast geführt haben. Um den Erfolg des medizinischen Fortschritts zu demonstrieren, verweisen wir auf die wertvolle Publikation "Den Nutzenzuwachs kennen um den Kostenzuwachs zu bewerten " von Nora Wille und Jürg Schlup, erschienen in der Schweizerischen Ärztezeitung 2017[1] und zitieren

[1] Schweizerische Ärztezeitung 2017;98(32):984-985

	daraus wie folgt: Der medizinische Fortschritt hat gegenüber 1996 zu einer Abnahme vorzeitiger Todesfälle geführt und die Zahl frühzeitig verlorener potentieller Lebensjahre wurde um 40% gesenkt[2]. Der medizinische Fortschritt hat zu wirksamen Behandlungsmethoden in der Krebstherapie geführt, so dass im Jahr 2015 120 000 Menschen in der Schweiz lebten, die eine Krebsdiagnose bereits seit zehn Jahren überlebt hatten – im Jahr 2000 waren es nur etwa halb so viele[3]. Dieser Nutzenzuwachs durch den medizinischen Fortschritt hat einen entsprechenden Kostenzuwachs zur Folge. Dabei mit negativer Konnotation eine "Steuerung" durch die Leistungserbringer herauszustreichen und den Kostenzuwachs als medizinisch nicht begründbare Mengenzunahme zu deklarieren, stellt eine anmassende und geradezu absurde Argumentation für die Einführung von Kostenzielen im Gesundheitswesen dar. Zu b) Der VBSAE teilt die Meinung, dass Prämienzahler mit tiefen Einkommen, darunter vor allem kinderreiche Familien, aber auch Senioren, unverhältnismässig stark durch die Prämienkosten belastet werden. Eine wertvolle Übersicht über die aktuelle Situation zeigt die Publikation "Was geben Schweizer Haushalte für die Prämien aus?" von Nora Wille und Jürg Schlup, aktuell erschienen in der Schweizerischen Ärztezeitung[4]. Wir teilen den Schluss der Autoren, dass die grosse Belastung einkommensschwacher Haushalte durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine sozialpolitische Herausforderung darstellt, nicht aber eine generelle gesundheitspolitische Kostendiskussion hervorrufen sollte. Im Weiteren teilen wir auch die Befürchtung der Autoren, dass die durch den vorliegenden Gesetzesentwurf angestrebte gesundheitspolitische Kostendämpfung nicht zuletzt einkommensschwache Haushalte kaum spürbar entlasten wird – hier sind gezielte Prämienverbilligungen effektiver. Der VBSAE bezweifelt, dass die Mehrheit der Prämienzahler mit einer Beschränkung der KVG-Leistungen, wie es der vorliegende KVG-Entwurf zur Kostendämpfung vorsieht, einverstanden sein wird, wenn eine vollumfängliche Aufklärung über die drohenden Konsequenzen erfolgt ist. Die vorgeschlagene Kostendämpfung, welche einem Globalbudget gleichkommt, zeigte in ähnlicher Form bei unseren Nachbarn in Deutschland verheerende Folgen für die Leistungsqualität in der Grundversorgung. Nicht zuletzt stellt sich auch die Frage, ob die hier vorgeschlagenen Rationierungen der KVG-Leistungen in Anbetracht des gesetzlich verankerten Anspruchs der Versicherten auf Versicherungsleistung überhaupt zulässig sind.

[2] Bundesamt für Statistik, Tabelle Indikatoren der Sterblichkeit in der Schweiz, 1970-2015, veröffentlicht am 29.09.2016; BFS-Nummer su-d-01.04.02.02.01. Webseite Schweizer Gesundheitsobservatorium; Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (Zugriff 26.06.2016) http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren

[3] Heusser R, Noseda G. (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015: Präsentation von ausgewählten Ergebnissen. Schweizer Krebsbulletin 2/2016; 168-72

[4] Schweizerische Ärztezeitung 2020;101(36): 1057-1060

	Die vorliegende Gesetzesänderung wie auch die genannte Initiative drohen ein im internationalen Vergleich hervorragendes Gesundheitswesen in wenigen Jahren zu ruinieren und zwar auf Kosten der Versorgungsqualität und Lebenserwartung der Bevölkerung.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
VBSAE	Art.21	1		Ein Mehrfachsammeln von Daten für weitere Behörden (hier das BAG) ist nicht zielführend.	Ersatzlos streichen
VBSAE		2	a-d	Datenerhebung soll durch das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen. Der Artikel zeigt nur andeutungsweise auf, wofür die Datenerhebung durch das BAG erfolgt. Der Nutzen ist nicht glaubhaft ausgewiesen. Das umfangreiche Erfassen von Daten pro Leistungserbringer und pro Versicherten durch das BAG kommt einem administrativen Overkill gleich. In Anbetracht dieser administrativen Last, scheint uns ein ausreichender Schutz der Daten nicht gewährleistet.	Ersatzlos streichen
VBSAE		3		Vgl. Einwand unter 2.	Ersatzlos streichen
VBSAE	Art. 23			Keine Bemerkungen	
VBSAE	Art.25	2	h,i	Keine Bemerkungen	
VBSAE	Art.32	3		Dass der Bundesrat "die Einzelheiten" der periodischen Überprüfung zu regeln hat, geht zu weit.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.33	3bis		Keine Bemerkungen	

VBSAE	Art.35	2	o	Die Einführung dieser neuen Leistungserbringer-Kategorie (Netzwerke zur koordinierten Versorgung) ist überflüssig.	Ersatzlos streichen
VBSAE**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**	Art.36b	1	a-b	Keine Bemerkungen, ist aber nach Streichen von 36b 2 und 3 überflüssig	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		2-3		Die fachlichen Voraussetzungen zur Bildung von Netzwerken sollten durch die Fachgesellschaften selbst ähnlich wie bereits bei bestehenden zertifizierten Zentren in der Krebstherapie erarbeitet werden. Betriebliche Vorgaben auf Gesetzes- und Verordnungsstufen sind unsinnig und werden kaum die Erfordernis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit unterstützen.	Ersatzlos streichen
VBSAE	Art.40a-d			Dieser Artikel stellt einen planwirtschaftlichen Fehlgriff par excellence dar. Nebst einer massiven Beschneidung der persönlichen Wahlfreiheit der Versicherten, wird ein enormer administrativer Apparat aus dem Boden gestampft (und die Kosten dafür werden an anderer Stelle abgerechnet). Pro Kopf-Prämien im Giesskannenprinzip widersprechen dem Gebot der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit fundamental und könnten sogar zu Fehlanreizen für die Erstberatungsstellen führen. Mit den bereits bestehenden Gatekeeper-Lösungen (Hausarztmodellen) ist die Idee einer primären Anlaufstelle genügend abgedeckt.	Ersatzlos zu streichen

VBSAE	Art.41a	1-4		Mit Streichen der Erstberatungsstelle hinfällig.	Ersatzlos streichen
VBSAE	Art.41b			Bisheriger Art. 41a	
VBSAE	Art.42	2-3		Keine Bemerkungen	
VBSAE	Art.48a			Die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit von Pauschalen zur Abgeltung von erbrachten Leistungen innerhalb von Netzwerken zur koordinierten Versorgung kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschätzt werden. Der Aufwand für Vereinbarung und Koordination der Pauschalen müsste abgegolten werden können.	
VBSAE	Art.52			Keine Bemerkungen	
VBSAE	Art.53			Keine Bemerkungen	
VBSAE	Art.54			Der neu formulierte Artikel 54 wird durch den VBSAE in seiner Gesamtheit ausdrücklich abgelehnt. Er stellt das Kernstück dieser Vorlage dar und will mit einem "Kostenziel" ein Globalbudget einführen. Der VBSAE möchte an dieser Stelle nochmals betonen, dass die Einführung von Kostenzielen im KVG keine relevante Entlastung der Prämienzahler erreicht, hingegen die Versorgungsqualität der Bevölkerung massiv bedroht. Der VBSAE stellt sich hinter die detaillierte Argumentation der FMH und der kantonalen Ärztegesellschaften sowie des VLSS (Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz) gegen die Einführung von	Ersatzlos zu streichen

				Kostenzielen im KVG.	
VBSAE	Art.55			Keine Bemerkungen	
VBSAE	Art.64			Keine Bemerkungen	

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz VDPS
Abkürzung der Firma / Organisation	VDPS
Adresse	c/o Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8
Kontaktperson	Erich Baumann, Präsident
Telefon	031 313 88 49
E-Mail	christoph.gitz@swissmentalhealthcare.ch
Datum	10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VDPS	Der VDPS unterstützt grundsätzlich das Ziel, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Allerdings sind die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziel vorgesehenen Massnahmen planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Wir sprechen uns zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und stehen für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
VDPS	**Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs** Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnt der VDPS insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliesst sich der VDPS der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Der VDPS begründet seine ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall einschränken. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachlichen psychiatrischen Kompetenzen zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und somit keine sachgerechte Triage vornehmen können. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Fachexpertise und Weiterbildung.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bei Menschen mit einer psychischen Krankheit, gerade bei komplexen psychotischen und chronifizierten Krankheiten unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zum Arzt. Der vorliegende Entwurf führt zu höheren Hürden für die psychisch erkrankten Menschen und erschwert deren Behandlung durch eine Psychiaterin / einen Psychiater in spezialisierten institutionellen Ambulatorien und in privaten Praxen. - Erstberatungsstellen für ohnehin schon stigmatisierte psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern würden. In der Psychiatrie besteht nachweislich eine starke Unterversorgung (u.a. wegen der Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patientinnen und Patienten mit schweren und invalidisierenden psychischen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe umgekehrt proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten, daher ist davon auszugehen, dass Erstberatungsstellen eine zusätzliche Hürde für psychisch Kranke darstellen würden. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert würden. Längerfristig würde dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung führen. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führen würde, dass möglichst Patientinnen und Patienten, die einen geringen Behandlungsaufwand erfordern, selektioniert und bevorzugt würden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt würde. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Falls Erstberatungsstellen nicht über eine fachärztliche Kompetenz in der Einschätzung von psychischen Erkrankungen aufweisen, würden Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen zunehmen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die behandlungsnotwendigen sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien umgangen bzw. ausgehebelt würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch die Entschädigung der Erstberatungsstelle über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, Zuweisungen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würden die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil das aktuelle (TARMED) und das geplante (TARDOC) ambulante Tarifsystem die steigende Komplexität von psychischen Erkrankungen und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlichen gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch der tatsächliche Behandlungsbedarf sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und medizinisch-technischer Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen würden und zu einer Segregation zwischen leichteren und komplexeren schweren Krankheitsbildern führen würden. Personen mit schweren, chronischen und invalidisierenden psychischen Erkrankungen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionellen Ambulatorien führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führt, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei Nichteinhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife und Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten würden oder aber eine Mengenausweitung erfolgen würde. Wir schlagen ein Hybridmodell bestehend aus differenzierten Pauschalen und Einzelleistungsabgeltungen vor, welche die Leistungen von multiprofessionellen Teams in Institutsambulatorien kostenwahr und -deckend abbilden. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Dazu kommt, dass der technische Leistungsanteil (TL) in diesen Tarifsystemen nicht für die Aufgaben und Anforderungen in Institutsambulatorien ausgelegt sind, d.h. sie decken die Kosten nicht, was dazu führt, dass die Kantone die Institutionsambulatorien mit (KVG nicht-konformen) Subventionen in Form von GWL unterstützen müssen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
VDPS	40a	3		Der VDPS lehnt die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
VDPS	48a	2		Der VDPS befürwortet die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Der VDPS geht davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt zu werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, sind sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind, schlagen wir ein differenziertes Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen, welche die effektiven Kosten decken. Bei der Einrichtung und Bemessung der Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/ innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				ausgeprägt ist. Insbesondere ist die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen ein Hinderungsgrund. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können. Der VDPS erhofft sich von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und TARDOC unvollständige und nicht adäquat abgebildet.	
VDPS	54			Der VDPS lehnt die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

BARMELWEID

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Verein Barmelweid

Dr. Daniel Heller
Präsident
heller@farner.ch
079 434 23 85

17. November 2020

Globalbudgets sind ungeeignet

Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zum obengenannten indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» eröffnet.

Ablehnung der Massnahme Kostenziele

Mit der Revision will der Bundesrat seinerseits Kostenziele einführen. Wie die «Kostenziele» definiert sind, entsprechen sie in ihrer Ausgestaltung und **ihrer Wirkung klassischen Globalbudgets**.

Der Verein Barmelweid als Trägerschaft der Spezialklinik Barmelweid nimmt dazu wie folgt Stellung:

- Wie die Erfahrungen im In- und Ausland zeigen, haben **Globalbudgets eine geringe oder gar keine kostendämpfende Wirkung.** Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH (Trezzini B, Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019;100(33):1057-1060) ziehen folgende klaren Schlüsse: *«Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf? Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.»*

In seinem Bericht vom 3. Juli 2019 in Erfüllung des Postulats 14.3385 der SGK-NR nennt der Bundesrat als eines der wichtigsten Ergebnisse: «*Kantone mit und solche ohne Globalbudgets nach Artikel 51 KVG und verwandte Instrumente schneiden in Bezug auf die Erreichung der Kosteneindämmungsziele grösstenteils vergleichbar ab: In beiden Kantonsgruppen bewegte sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Kosten spitalstationär im Zeitraum 2012-2015 unterhalb / maximal auf der Höhe des Wachstums des Bruttoinlandsprodukts (jeweils pro Kopf). Das Wachstum der OKP-Gesamtkosten konnte in beiden Gruppen hingegen nicht gedämpft werden.*» (Schweizerische Eidgenossenschaft, der Bundesrat (2019): Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen)

Auch Avenir Suisse warnt vor der Einführung von Globalbudgets: «*Dass das Resultat einer solchen zentralen Rationierung von Gesundheitsleistungen – falls sie denn überhaupt sinnvoll geplant werden kann – von den Kantonen akzeptiert würde, ist höchst unwahrscheinlich. Schon heute hebeln diese die strukturbereinigenden, wettbewerblichen Mechanismen mittels der grosszügigen Abgeltung von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen, tiefen Referenztarifen, restriktiven Aufnahmekriterien auf die Spitallisten etc. weitgehend aus. Zu erinnern ist im Übrigen auch daran, dass Rationierungen typischerweise mit Warteschlangen einhergehen und somit eine «Zweiklassenmedizin» befördern – wer es sich leisten kann, wird sich privat behandeln lassen. Letztlich dürfte auch die Einführung von Globalbudgets und anderen Rationierungsinstrumenten nichts an der Binsenwahrheit ändern, dass ein Leistungsabbau im kantonalen Gesundheitswesen politischem Selbstmord gleichkommt. Was es deshalb vordringlich bräuchte, ist eine «Entpolitisierung» des Gesundheitswesen, und Reformen, die die Wettbewerbskräfte im Spitalsektor stärken.*» (Avenir Suisse (2018): Nicht zielführende Rationierung im Gesundheitswesen)

- Mit dem vorgeschlagenen System der Zielvorgaben **greift der Bundesrat massiv in die verfassungsmässig garantierten Kompetenzen der Kantone** ein. Deren Rolle würde sich in Zukunft auf untergeordnete ausführende Tätigkeiten beschränken. Es ist nicht einzusehen, wie die Kantone unter diesen Umständen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung garantieren können. Hingegen würden die Kantone zum Schauplatz von Verteilungskämpfen werden, welche die bisher gut funktionierenden Planungstätigkeiten deutlich erschweren wenn nicht sogar lähmen würden.

- Unter dem Regime von Kostenzielen werden die **Tarifpartner zu Exekutanten von behördlich angeordneten Massnahmen** herabgestuft. Unter diesen Umständen werden sie keinerlei Anreiz haben, sich auf eine Vergütung von Leistungen zu einigen, welche eine medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung verhindert. Mit dem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen, aber die Geldflüsse dorthin lenken, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels.

- Die Einführung eines Globalbudgets wäre der Ausdruck eines kollektiven Versagens der Gesundheitsbranche. Globalbudgets sollten keine Massnahme sein, die allen anderen kostendämpfenden Massnahmen «übergeordnet» ist, wie es im Erläuternden Bericht heisst. **Ein Globalbudget wäre ein schwerwiegender Eingriff in das Gesundheitswesen.** Soweit sollten wir es in der **liberalen** Schweiz nicht kommen lassen.

Plant der Bundesrat einen Kahlschlag in der Spitalversorgungslandschaft?

Heute drohen aber nicht nur von dieser Globalbudgetidee her **verheerende Konsequenzen** für die Spitalversorgung. Die Spitäler sehen sich von **drei Seiten her** durch Massnahmen mit **disruptivem Potential für die Spitallandschaft Schweiz bedroht**:

- Einerseits durch die hier beurteilte Vernehmlassung gegebene Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative), mit der der Bundesrat ein Kostenziel-System einführen will, das so definiert ist, die in ihrer Ausgestaltung und ihrer Wirkung klassischen Globalbudgets mit entsprechend negativen Auswirkungen entsprechen;
- andererseits durch die vom Bundesrat in Vernehmlassung gegebene Revision der Verordnung zum KVG (KVV), mit der der Bundesrat das Effizienzmass neu verbindlich auf das 25. Perzentil absenken will, was bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 Prozent der Spitäler ihre Dienstleistungen zu einem zu hohen Preis erbringen;
- schliesslich durch die Weigerung von Bund und Kassen, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten maximalen Vorhalteleistungen bei den Spitälern zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstanden den Häusern gravierende Ertragsausfälle in Milliardenhöhe.

Alle **drei politischen Eingriffe werden – vor allem kumulativ** – die schweizerische Spitallandschaft disruptiv treffen. Die Folgen werden sein:

- im Gefolge der erzwungenen Unterfinanzierung (KVV, Ertragsausfälle) der Spitalversorgung sind Spitalschliessungen und Rationierungen zu erwarten, das bedeutet eine «Zwei-Klassen-Medizin», bei der besonders vulnerable Gruppen (z.B. chronisch kranke Patienten) zu den Verlierern gehören werden; die Vorlage Berset II führt zu einem bürokratischen Planungs-Monster mit der Gefahr von langen Wartezeiten und einer Steuerung, die
  - nicht nur an den Patientenbedürfnissen vorbeigeht, sondern auch
  - die Kompetenzen der Kantone massiv unterläuft.
- Da der Bundesrat entscheidet, welchen Patientengruppen wieviel Ressourcen zukommen sollen, sind massive Verteilkämpfe zwischen Kantonen, Leistungserbringern und verschiedenen Patientenorganisationen zu erwarten.
- Insgesamt droht durch die massiven planerischen Eingriffe des Bundesrates eine Vergiftung des gesundheitspolitischen Klimas und die Gesamtsteuerung des Bundesrates erfolgt ohne demokratische Überprüfbarkeit.

Die vorgeschlagenen Massnahmen beruhen auf einer einseitigen, etatistischen Sichtweise und führen zu einer **massiven Zunahme an staatlicher Planung**, der kaum ein **signifikanter Nutzen** gegenübersteht. Dementsprechend würde sich mit Umsetzung dieser weitgehend unpraktikablen Massnahmen die Schwerfälligkeit des Systems erhöhen, es käme zu einem massiven Zuwachs an Bürokratie.

Die in den drei Bereichen erkennbare neue etatistisch gesteuerte bundesrätliche Versorgungspolitik bedeutet eine Abkehr vom bisherigen Weg der Verbesserungen über einen regulierten Wettbewerb und bedeutet die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierten Steuerung des Gesundheitswesens. Eine sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens wäre unter diesen Umständen schwer beeinträchtigt, **dies ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben.**

Beurteilung der übrigen Massnahmen

Der Spareffekt der vorgeschlagenen Massnahmen ist weitgehend sehr gering und mehrheitlich inexistent. Gewisse Massnahmen können mit dem damit verbundenen Bürokratieaufwand sogar zu einem Kostenanstieg führen.

Befürwortet werden:

Preismodelle und Rückerstattungen: Neue Preisbildungsmodelle bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten sind grundsätzlich zu begrüssen. Sie sind aber im Einzelfall auf ihre Tauglichkeit und Systemkompatibilität hin zu überprüfen.

Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen: Die Gewährung von Intransparenz bei der Preisbildung von hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten als Gegenleistung für neue Preisbildungsmodelle, deren Umsetzung – Stand heute - zweifelhaft ist, lehnen wir entschieden ab. Eine Ausserkraftsetzung des BGÖ gegen eine vage Zusicherung des Bundesrates, dies anderweitig zu kompensieren, ist abzulehnen. Innovationen, die einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten schaffen, sollen durch adäquate Preise abgegolten werden.

Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl: Mit diesem Anliegen sind wir inhaltlich vollständig einverstanden, eigentlich ist dies aber seit Einführung der Spitalfinanzierungsvorlage am 1. Januar 2012 schon so geregelt. Das aktuelle System wird aber tatsächlich von einigen Kantonen dahingehend missbraucht, dass die Tarife für ausserkantonale Behandlungen tief festgelegt werden, um die Patientenfreizügigkeit zu erschweren. Mit korrekter Umsetzung der einheitlichen Finanzierung (EFAS) wird dieses Problem gelöst.

Elektronische Rechnungsübermittlung: Auch dieser Massnahmen stimmen wir zu, allerdings ist die elektronische Rechnungsübermittlung bereits heute möglich, staatlicher Zwang erscheint uns in diesem Zusammenhang nicht notwendig. Da ein Recht auf Papierrechnung weiterhin besteht (respektive bestehen bleiben muss) sind hier keine relevanten Einsparungen zu erwarten.

Programme der Patientenversorgung: Auch hier erscheint uns eine vertiefte Prüfung und Weiterentwicklung sinnvoll, allerdings ohne Vorgabe von Leistungen und Genehmigungsvorbehalt der Verwaltung. Es kann hierzu auf die vorstehende Begründung zu Netzwerken der koordinierten Versorgung verwiesen werden.

Abgelehnt werden:

Erstberatungsstelle: In der vorgeschlagenen Form ist dieses Instrument aus mehreren Gründen abzulehnen:

- Es ist kein signifikanter Spareffekt erkennbar, im Gegenteil können bei bereits etablierten Behandlungssituationen sogar Mehrkosten entstehen.
- Gatekeeping-Modelle funktionieren nur, wenn sie freiwillig gewählt werden können, weil dann kein Misstrauen besteht, dass der Leistungserbringer ein Rationierer ist.
- Es existieren bereits entsprechende Modelle im Rahmen von Alternativen Versicherungsmodellen (AVM). Der Bundesrat kann die Kostenbeteiligung der Versicherten in diesen Modellen bereits jetzt schon im Sinne von Anreizen durch Änderung der Kostenbeteiligung (Selbstbehalt) beeinflussen und hat dies beispielsweise bei den Generika schon getan.
- Ein Instrument in dieser Form führt zu mehr Bürokratie und zur Einschränkung der Wahlfreiheit, sinnvolle und zweckmässige Zweitmeinungen werden unterdrückt.

Deutlich sinnvoller ist es, die Dynamik im Bereich der AVM mit mehr Handlungsspielraum für die Tarifpartner zu stimulieren und für die entsprechenden Versicherungsprodukte kostentransparent korrekte Prämien zu ermöglichen.

Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Eine Weiterentwicklung in diesem Bereich ist aus unserer Sicht prüfenswert, allerdings darf dabei die bestehende Dynamik in der integrierten Versorgung nicht abgewürgt und durch eine einheitliche staatliche Lösung ersetzt werden. Sonst würden heute bewährte AVM faktisch eliminiert. In der vorliegenden Form ist kein klarer Spareffekt gegenüber dem Status quo erkennbar. Staatlicher Zwang und Vereinheitlichung Top down sind der falsche Weg. Dabei ist zu bedenken, dass das Stimmvolk die Managed Care – Vorlage am 17. Juni 2012 abgelehnt hat, weil keine Einheitslösung in diesem Bereich gewünscht war.

Eine Weiterentwicklung muss deshalb in Netzwerken geschehen, die sich – durch starke Anreize - Bottom up entwickeln. Die bestehenden Aktivitäten der Akteure belegen, dass der Bottom up-Approach funktioniert. So kann die Dynamik im System erfolgreich erhöht werden. Gewisse Anreize kann der Bund jetzt schon setzen und die Kostenbeteiligung senken, wie er dies im Bereich bei Generika bereits gemacht hat. Sehr wichtig ist es, Anreize zur Verbesserung der Qualitätssicherung und zur Verbesserung von Qualitätswettbewerb und Qualitätstransparenz zu setzen.

Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung: Diese Massnahme lehnen wir entscheiden ab und verweisen darauf, dass der Nationalrat eine entsprechende Bestimmung bereits in seiner Debatte vom 29. Oktober 2020 mit klarem Mehr abgelehnt hat. Hier geht es offenbar darum, in den Bereich der Autonomie der Tarifpartner zu intervenieren und die ganze Anwendung der WZW-Bestimmungen zu „verstaatlichen“. Dies ist insbesondere deshalb befremdend und nicht zielführend, weil der Bundesrat seiner Aufgabe, die WZW-Kriterien des KVG zu konkretisieren respektive zu operationalisieren, in den rund 25 Jahren seit Inkrafttreten des KVG nur sehr rudimentär nachgekommen ist. Diese Malaise hat auch direkten Einfluss auf die Beurteilung von Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessments (HTA) durch das BAG, welche in rechtsstaatlich fragwürdigen Verfahren ohne klare und transparente Regeln durchgeführt werden.

Fazit: Bereits in Angriff genommene alternative Lösungsvorschläge sind endlich voranzutreiben

Der Verein Barmelweid begrüsst das Vorgehen des Bundesrates, der Kostenbremsen-Initiative einen indirekten Gegenvorschlag entgegen zu setzen.

Er lehnt jedoch den vorliegenden Gegenvorschlag als missglückt ab. Der Vorschlag des Globalbudgets ist unhaltbar und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen unnötigerweise in Frage. Anstatt jemals bürokratische Globalbudgets einzuführen, sollen konsequent Fehlanreize beseitigt sowie Effizienzpotential ausgeschöpft werden. Die vorgeschlagenen Massnahmen

1. **Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP,**
2. **Erstberatungsstelle,**
3. **Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung,**
4. **Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen)**

sind alle zu streichen.

Stattdessen sind folgende Gegenvorschläge in der vorliegenden Stellungnahme zur Umsetzung zu bringen. Der Verein Barmelweid befürwortet eine evolutive Weiterentwicklung der Schweizer Spitallandschaft mit der Umsetzung bereits beschlossener oder aufgegleister erfolgsversprechender Massnahmen. Solche sind:

- **die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) sowie die ambulanten Pauschalen;**
- **weitere Beseitigung von Fehlanreizen im System (z.B. Beseitigung von mengenfördernden Behandlungsanreizen);**
- **die seit Jahren überfällige Operationalisierung und damit korrekte Umsetzung der WZW-Kriterien des KVG würde zu einem deutlich verbesserten Kosten-Nutzen-Verhältnis der medizinischen Leistungen führen, wovon Prämienzahlende und Patientinnen / Patienten profitieren würden;**

Wir lehnen sodann die verfehlte KVV Revision ab und verlangen ein Rückkommen auf den Entscheid des Bundesrates, keinen Beitrag an die Abgeltung bestellter Vorhalteleistungen wegen Covid zu leisten.

Freundliche Grüsse
Verein Barmelweid

Dr. Daniel Heller
Präsident

Dr. Markus Meier
Vizepräsident

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinte Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin

Abkürzung der Firma / Organisation : KJM

Adresse : c/o Köhler, Stüdeli & Partner GmbH

Kontaktperson : Walter Stüdeli

Telefon : 031 560 00 24

E-Mail : walter.stuedeli@koest.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
KJM	Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, für eine gute und umfassende Gesundheitsversorgung und -vorsorge der Bevölkerung zu sorgen. Dabei ist auf eine effiziente Leistungserbringung und einen flächendeckenden, niederschwelligen Zugang aller Patienten zu den Leistungen zu achten. Bezüglich der effizienten Leistungserbringung sind die Besonderheiten der jeweiligen Patientengruppen, in unserem Fall der Kinder und Jugendlichen, zu berücksichtigen. Generell zu verhindern sind die Über-, Unter- und Fehlversorgung. Alle Vorschläge der Gesundheitspolitik müssen geeignet sein, entweder die Versorgung zu verbessern, den Zugang zu erleichtern und/oder die Effizienz zu erhöhen. Der Bundesrat hat sich entschieden, der Kostenbremse-Initiative der CVP einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberzustellen und diesen als Teil des Massnahmenpakets 2 zur Kostendämpfung in die Vernehmlassung zu geben. Die Expertengruppe der vereinten Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin* hat das Massnahmenpaket 2 beurteilt und hegt dazu grundsätzliche Bedenken. Sie vertritt die Position, dass die Massnahmen in der vorgeschlagenen Ausgestaltung nicht geeignet sind, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu erhöhen bzw. dass einseitige Kosteneinsparungen zu Leistungseinbussen führen würden. Aufgrund der grundsätzlichen Bedenken an der Gesetzesvorlage des Bundesrates beschränken wir uns bei unserer Eingabe auf generelle Begründungen pro Thema und verzichten auf Detailkommentare der Gesetzesvorschläge. Positive Elemente erkennen wir einzig in dem Vorschlag der Stärkung der koordinierten und interprofessionellen Versorgung. Im Unterschied zur Erwachsenenmedizin ist diese im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin aus verschiedenen Gründen bereits heute weitverbreitet. Es ist daher Vorsicht geboten, wenn der Staat hier in gut gemeinter Absicht zu stark eingreift und damit die Eigeninitiative übersteuert. * Die vereinten Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin bestehen aus: – Pädiatrie Schweiz – Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie SGKJPP / SSPPEA – Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie SGKC – Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP – Allianz pädiatrische Pflege Schweiz – Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) – Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin – Kinderpermanencen Swiss Medi Kids

KJM	**Kostenziele: Ablehnung** Die jährliche Festlegung eines nationales Gesamtkostenziels sowie kantonaler Kostenziele mit einer entsprechenden Aufteilung auf die verschiedenen ambulanten und stationären Kostenblöcke wäre äusserst komplex. Aus unserer Sicht ist die Massnahme nicht geeignet, die Effizienz der Leistungserbringung zu verbessern. Die in den Erläuterungen gemachte Aussage erachten wir als falsch, wonach die Patientinnen und Patienten jederzeit Zugang zu den Leistungen der OKP haben. De facto wird ein Globalbudget geschaffen, was die Leistungen zulasten der Patientinnen und Patienten rationiert. Zumindest ist eine Leistungserbringung bei der eigenen Kinderärztin oder dem eigenen Kinderarzt gegen das Jahresende nicht mehr sichergestellt, wenn diese/r mehrere kostenintensive Patientinnen und Patienten betreut. Das Gleiche gilt für Kinder und Jugendliche, die einer psychiatrischen Behandlung bedürfen. Ebenfalls gravierend würden sich Globalbudgets auf die Kinderspitäler und Kinderkliniken sowie die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken auswirken. Auch hier wäre durch ein am Ende des Betrachtungszeitraums aufgebrauchtes Budget die Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet bzw. würde zu Lasten der Spitäler erfolgen – und zwar unabhängig davon, ob sie bis dahin effizient gearbeitet haben und äussere Faktoren einen Mehrbedarf an Leistungen verursachen. Zu befürchten wäre zudem, dass die Notfallambulanzen der Spitäler vermehrt aufgesucht würden, falls das Budget der Praxispädiater und Kinder- und Jugendpsychiater aufgebraucht ist. Als Endversorgungsspitäler sind die Kinderspitäler letzte Instanz. Sie können ihre Patienten an keine Leistungserbringer weiterleiten. Schliesslich tangieren kantonale Kostenziele die überkantonale und überregionale Erbringung medizinscher Leistungen, die bei versorgungsrelevanten Kinderspitälern und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken gang und gäbe sind. Auch hier wären die Kinderspitäler und -kliniken bei Budgetknappheit die Leidtragenden. Die Zielvorgaben sind darum abzulehnen. Zu viele Fragen bleiben mit dem Vorschlag unbeantwortet. Was passiert z.B., wenn das Budget aufgebraucht ist? Muss der Patient mit der Leistung zuwarten oder einen anderen Arzt suchen, der noch Budgetmittel zur Verfügung hat? Solche Szenarien sind ganz allgemein eine Zumutung und in der Kinder- und Jugendmedizin völlig undenkbar, bei der ein enges Verhältnis mit den Patientinnen und deren Umfeld unabdingbar ist. Müsste die Grundversorgung eines einzigen Patienten auf mehrere Leistungserbringer aufgeteilt werden, so nähme die Beziehungsqualität ab und es würden unnötige Koordinationsaufwände entstehen, die mit Mehrkosten und Ineffizienzen verbunden sind. Im Falle der Überschreitung der Leistungen sollen die Tarife gemäss dem Entwurf nach unten angepasst werden. Lineare Tarifsenkungen widersprechen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungen und bestrafen jene Leistungserbringer, welche effizient arbeiten.
KJM	**Erstberatungsstelle: Ablehnung** 70 Prozent aller Grundversicherten haben heute schon ein Modell mit einer «Triagestelle» gewählt. Es braucht also keine Verpflichtung zu einer Erstberatungsstelle. Es ist aus unserer Sicht nicht angemessen, für 30 Prozent der Versicherten das erfolgreiche System umzukrempeln und somit dessen Erfolg zu gefährden. Die Erstberatung ist ausserdem bereits heute und auch ohne Verpflichtung eine klassische und wichtige Aufgabe von Kinderärztinnen und Kinderärzten, die zum Berufsalltag gehört. Die meisten Kinder werden jetzt schon über den Kinderarzt dem Spezialisten zugewiesen. Andere

	Wege sind die Überweisung von einem anderen Spezialisten oder einem Spital. Eine Erstberatungsstelle ist also unnötig und generiert nur bürokratischen Mehraufwand ohne positive Effekte auf die Versorgung. Die Abgrenzung von «Normallfall» und Notfall würde zu unnötigen Diskussionen führen. Mit einer staatlich verordneten Einführung einer Erstberatungsstelle würde eine Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen geschaffen. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-Public Leistungen der psychiatrischen Praxen und institutionellen Ambulatorien massiv erschwert. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Die vereinten Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin sprechen sich gegen eine Verpflichtung der ambulant tätigen Kinderärztinnen und Kinderärzte aus, die Erstberatung übernehmen zu müssen. Die vorgeschlagene Kann-Formulierung lässt offen, ob ein/e Kinderärztin/-arzt sich als Erstberatungsstelle anmelden will. Faktisch werden KinderärztInnen dazu gezwungen, weil sonst alle bisherigen PatientInnen eine entsprechende Erstberatungsstelle suchen müssen, obschon sie bereits einen Kinderarzt haben. Offen ist die wichtige Frage, unter welchen Bedingungen und zu welchen Zeitpunkten ein Patient die Erstberatungsstelle wechseln kann.
KJM	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Ablehnung mit Vorbehalt** In der Kinder- und Jugendmedizin sind bereits heute Netzwerkstrukturen vorhanden, z.B. zur Behandlung von chronisch kranken PatientInnen oder Patienten mit seltenen Krankheiten, ebenso aber auch in der Transition von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin. Dabei besteht eine enge Zusammenarbeit der Spezialisten in den Spitälern untereinander sowie mit den Grundversorgern in freier Praxis, mit Pflegediensten, Therapeuten, Betreuungseinrichtungen und anderen Fachpersonen. Die Förderung und die Institutionalisierung solcher bereits vorhandener Strukturen und eine Berücksichtigung der erbrachten Leistungen in den Tarifen wären zielführender als der Aufbau neuer Konstrukte. Der Leistungserbringer der Netzwerk- und Koordinierungsleistungen muss aus dem Kreis der bereits jetzt in die Patientenbehandlung involvierten Akteure kommen, andernfalls kommt es zu Effizienzverlusten und zu kostenintensivem bürokratischem Aufwand. Personell müssten die Netzwerke mit Ärztinnen und Ärzten, spezialisierten Pflegekräften und gegebenenfalls Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen, Ergotherapeutinnen usw. ausgestattet sein. Patientenseitig müsste ein Zugang zum Netzwerk bereits bei Verdacht auf eine spezifische Erkrankung möglich sein und nicht erst bei einer definitiven Diagnose. Obwohl die Bildung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung von den vereinten Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin im Grundsatz unterstützt wird, lehnt sie den Vorschlag des Bundesrats ab. Der Vorschlag, wonach die Netzwerke eigenständige Leistungserbringer werden und über Pauschalen abrechnen, die für alle Netzwerke gleich sind, ist nicht zielführend. Die strengen Betriebsauflagen gehen viel zu weit. Sie können dazu führen, dass Innovationen eher gehindert als gefördert werden. Auch die einheitliche Regulierung durch die Tarifpartner könnte investitions- und innovationshemmend wirken. Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den Freiheiten der Vertragspartner, individuelle Verträge zwischen Netzwerken und Versicherungen abzuschliessen.

KJM	**Programme der Patientenversorgung: Ablehnung** Folgende Aussage des erläuternden Berichts wird geteilt: «Ärztlich geleitete, strukturierte Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg können bessere Ergebnisse bringen als unstrukturierte Einzelmassnahmen.» Bedenken haben wir, wenn Dritte ausgewählte Leistungen eigenverantwortlich übernehmen können. Dies führt im Falle von Behandlungsfehlern zu Haftungsfragen. Unklar ist auch, was unter dem folgenden Satz zu verstehen ist: «Andere spezifische Programmleistungen können von nicht-ärztlichen Leistungserbringern nach KVG erbracht werden, ohne dass diese Leistungen im konkreten Einzelfall ärztlich angeordnet werden müssen.» Eine solche generelle Delegationsmöglichkeit an Leistungen ohne ärztliche Anordnung, die über die heutigen Regelungen im KVG hinausgehen, lehnen wir ab. Die Delegation von Leistungen ohne individuelle ärztliche Anordnung birgt relevante Risiken im Bezug auf die korrekte Indikationsstellung, das Erkennen von Kontraindikationen aufgrund fehlender Fachkenntnis und bezüglich Komplikationen. Neben diesen möglichen nachteiligen Effekten für die Patienten entstünden unnötige Mehrkosten für das Gesundheitswesen, welche die vermeintlichen Einsparungen zunichtemachen. Störend ist auch, dass die Apotheker als einzige Berufsgruppe namentlich genannt werden. Wenn schon müssten alle in Frage kommenden Berufsgruppen erwähnt werden.
KJM	**Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung: Ablehnung** Die WZW-Vorgaben gemäss KVG Art. 32 sind im Grundsatz zu begrüssen. Der KVG-Auftrag nach einer periodischen Überprüfung der Leistungen wurde seit der Einführung des KVG systematisch vernachlässigt. Der neue Zusatz, wonach der Bundesrat die Einzelheiten der periodischen Überprüfung, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang regelt, ist unnötig. Der Bundesrat hat schon heute diese Kompetenzen, nur hat er sie in der Vergangenheit nicht wahrgenommen. Falls Artikel 32 KVG geändert werden soll, dann hat der Gesetzgeber die Inhalte der delegierten Materie und die Häufigkeit der Überprüfungen auf Stufe Gesetz zu umschreiben.
KJM	**Preismodelle und Rückerstattungen: Ablehnung** Die gesetzliche Ausgestaltung der Preismodelle und Rückerstattungen ist so allgemein gehalten, dass der Vorschlag inhaltlich nicht beurteilt werden kann.

KJM	**Elektronische Rechnung: Annahme** Wir unterstützen die Verpflichtung zu elektronischen Rechnungen. Da diese heute bereits weitgehend zum Standard gehören, ist für uns keine kostendämpfende Wirkung ersichtlich. Zwingend ist eine genügend lange Übergangsfrist für Leistungserbringer vorzusehen, welche nicht elektronisch abrechnen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : VFP

Adresse : Laupenstrasse 7/Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Prof. Dr. Iren Bischofberger

Telefon : 031 306 93 90

E-Mail : iren.bischofberger@vfp-apsi.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VFP	Der VFP ist die nationale Vertretung, das fachliche Netzwerk und der pflegewissenschaftliche Partner für interdisziplinären Austausch. Mit seinen knapp 700 Einzel- und Kollektivmitgliedern, deren Anzahl jährlich wächst, beteiligt er sich proaktiv an der Meinungsbildung zu Fragen im Schweizer Gesundheitswesen. Er entwickelt das Profil von Pflegewissenschafter/innen in der klinischen Praxis, in der Bildung und Forschung sowie im Management massgeblich mit. Er bringt wichtige hochschulische, klinische und politische Gesprächspartner an einen Tisch und fördert den akademischen Diskurs. Vor diesem Hintergrund beteiligt sich der VFP gerne an dieser Vernehmlassung.
VFP	Die Anzahl Absolventinnen und Absolventen eines Studiengangs MSc in Pflege hat sich in der Schweiz seit Beginn im Jahr 2000 laufend erhöht. An Fachhochschulen (FH) und universitären Hochschulen (UH) schlossen bis im Jahr 2019 insgesamt 716 Personen das MSc in Pflege Studium ab. Zudem sind im Jahr 2019 insgesamt 474 Personen im MSc in Pflege Studium eingeschrieben. (Details: https://www.vfp-apsi.ch/portrait-pflegewissenschaft/bildung/)
VFP	Im gesamten Massnahmenpaket ist die Dominanz der ärztlichen Befugnisse, bzw. der zwingenden ärztlichen Leitung von Erstberatungsstellen, Programmen und koordinierten Netzwerken bemerkenswert und bedauerlich zugleich. Dies zementiert ein längst überholtes Bild einer Gesundheitsversorgung, in der die nötigen Reformen nur schleppend vorankommen. Die Expertise und das spezifische Beurteilungsvermögen von weiteren Fachinstanzen wird in der primären Entscheidungskompetenz nicht berücksichtigt, was eine Verschärfung der Kostensituation nach sich ziehen wird. Es fehlen zudem jegliche Erkenntnisse aus dem BAG Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020». Bspw. ergibt sich aus dem Mandat M14 die Schlussfolgerung: «Langfristig ist davon auszugehen, dass die starren Rollenbilder im Gesundheitswesen sukzessive durch ein Task Sharing ersetzt werden, bei dem diejenige Gesundheitsfachperson für eine Teilaufgabe in einer Behandlung eingesetzt wird, die dazu am besten befähigt ist. (Schmelzer et al, 2020, S. 4, Kurzfassung). Der ärztliche Vorrang in der KVG-Änderung würde demnach diesen Wandel im Keime ersticken.
VFP	In Bezug auf die Koordination hat der Bundesrat ab 1.1.2012 in der KLV Art. 7 Abs. 2 verfügt, dass dies eine Leistung der Spitex ist. Weshalb nun zwingend ein Arzt oder eine Ärztin die Leitung eines koordinierten Netzwerkes übernehmen soll ist nicht kongruent. Mehr noch: Der allergrösste Anteil von Studierenden in einschlägigen MAS-Weiterbildungen zu Case oder Care Management sind Pflegefachpersonen, damit sie eine Führungsrolle in der Versorgungskoordination übernehmen können. Durch den Einsatz v.a. von Pflegeexpertinnen mit MSc Abschluss, die ebenfalls koordinative Kompetenzen erlangt haben, ist die Funktion von Leiterinnen von Netzwerken gewährleistet. So werden die Hausärzte von koordinativen Aufgaben entlastet, und können sich verstärkt ihrem Kerngebiet der Diagnostik, Triagierung und Therapie zuwenden.
VFP	Die vorgesehenen Zielvorgaben zur Kostendämpfung basieren auf dem Verständnis, dass aktuell alle Kosten bekannt sind, vernachlässigen jedoch relevante Rahmenbedingungen. Dazu gehören namentlich die unbezahlten Leistungen, welche von den rund 600’000 pflegenden Angehörigen in

	der Schweiz erbracht werden, aber in den Kosten bisher nicht erscheinen. Wenn pflegende und betreuende Angehörige vermehrt berufstätig sind – wie vom Bund im Rahmen des Fachkräftemangels und des Förderprogramms zu betreuenden Angehörigen (2017-2020) mehrfach betont - dürften die Pflegekosten längerfristig steigen und nicht sinken, weil sie mehr Leistungen für ihre Nächsten in Anspruch nehmen. Zudem gehören bislang unterbezahlte Koordinationskosten dazu, wie etwa der Personalaufwand für Pflegefachpersonen auf Diplomstufe für Case oder Care Managements in der Spitex, in psychiatrischen Kliniken oder in Spitälern. Für eine wirkungsvolle Koordination sind demnach zunächst höhere Kosten zu erwarten, bis ihr Effizienzgewinn sichtbar wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
VFP	21			Die Anonymisierung der Patientendaten ist zentral und insbesondere für die Koordination zu überprüfen, damit nur eingeschränkte Akteure die Daten bei Bedarf einsehen können.	Ergänzung: Im Falle der Weitergabe von personifizierten Daten muss darüber Transparenz für die betroffene Person, den Empfängerkreis und die Verwendung der Daten gewährleistet sein.
VFP	25		i	Der Vorrang der ärztlichen Leitung von strukturierten Programmen basiert nicht auf heutiger Evidenz, so sind z.B. Pflegeexpertinnen MSc/ANP für Programme der Selbstmanagementförderung bestens geeignet. Zudem geht es nicht darum, welche Profession ein Programm leitet, sondern ob das Programm an sich die nötige Wirksamkeit zeigt.	Ergänzung: i. Leistungen, die im Rahmen von ärztlich oder pflegerisch geleiteten, strukturierten und nachweislich wirksamen Programmen
VFP	33	3bis		Dito Vorrang der ärztlichen Leitung von Programmen	: dito
VFP	35	2	O	Der VFP unterstützt, dass Netzwerke Leistungserbringer sein können.	
VFP	36b	3	a	Die zwingende Zulassung, dass ein Arzt ein Netzwerk leitet ist unhaltbar. Im Kompetenzbeschrieb des Medizinstudiums (PROFILES) tauchen die Begriffe «Network» und «Leadership» je ein einziges Mal auf!	Überarbeiten: - die Anforderungen an die für die Leitung des Netzwerks verantwortlichen Fachperson Allenfalls: a. die Anforderungen an das ärztliche oder pflegerische Personal, welche die Netzwerke leiten
VFP	40a	3	a	Der VFP lehnt die Vorgaben für Erstberatungsstellen ab, bzw. fordert die Ergänzung durch Pflegexpertinnen MSc.	Ergänzen:

				Der heutige und prognostizierte Ärztemangel in der medizinischen Grundversorgung erlaubt diese Aufgabe nicht flächendeckend für die Bevölkerung. Zudem ist der monoprofessionelle Ansatz überholt. Die Spezialisierung in der Versorgung erfordert auch eine definierte, fachspezifische Ausweitung der Erstberatung, zu denen Pflegeexpertinnen MSc gehören. Folglich ist der chancengleiche Zugang nur zu Erstberatungsstellen zu erreichen, wenn auch andere Professionen berücksichtigt werden. Die Schweizer Studiengänge MSc in Pflege bereiten seit dem Jahr 2000 auf Beratungsaufgaben vor, insbesondere diejenigen mit einem Fokus beratender und koordinativer Pflegeexpertise (Advance Practice Nurses). Dementsprechend sind auch alle weiteren Artikel zur Erstberatungsstelle zu überarbeiten.	- Pflegeexpertin MSc
VFP	40a	3	b	Sollen Ärztinnen und Ärzte tatsächlich die ambulante Krankenpflege erbringen?	Überarbeiten: Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege dienen, wenn die verantwortliche Medizinal- oder Pflegefachpersonen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen;
VFP	42a	2-3		Der VFP unterstützt die Bestimmungen zu einer elektronischen Versichertenkarte, zusätzlich zur heutigen Form in Kreditkartenformat.	
VFP	48a	1-2		Der VFP unterstützt den Abschluss von Tarifverträgen mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Ihnen soll eine Pauschale für die Koordination von Leistungen vergütet werden. Hingegen lehnt der VFP Pauschalen für abgegoltene Leistungen in der vorgeschlagenen Form ab, begrüsst jedoch die Weiterentwicklung von pauschalierten Tarifen mit entsprechenden Risikoanpassungen etc. Hingegen unterstützt der VFP, dass das Netzwerk als alleinige Rechnungsstellerin auftritt.	
VFP	54			Solange für die unbezahlten Leistungen der 600'000 pflegenden und betreuenden Angehörigen in der Schweiz kein Kostenblock in	

				den Gesamtkosten integriert ist, sind die Gesamtkosten lückenhaft, und die Kostenziele können nicht adäquat formuliert werden. Damit wird einem fehlgeleiteten Anreizsystem Vorschub geleistet, und es muss mit einer weiteren Kostenvermehrung gerechnet werden.	
VFP	54a-e				streichen
VFP	55				Nicht streichen
VFP	64	7	b	Der VFP begrüsst diese Bestimmung.	
VFP	III			Die Übergangsbestimmungen sind anhand der obigen Angaben anzupassen.	Überarbeiten

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

vips VEREINIGUNG PHARMAFIRMEN IN DER SCHWEIZ

70 YEARS vips

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

10. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»:
Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 19. August 2020 und bedanken uns für die Einladung, zum Vorentwurf und erläuternden Bericht Stellung zu nehmen.

Die vips (Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz) vertritt die Interessen von über 70 in der Schweiz tätigen Pharmaunternehmen. Unsere Vernehmlassungsantwort lassen wir Ihnen mittels des zur Verfügung gestellten Word-Formulars auf elektronischem Weg zukommen. In Ergänzung dazu finden Sie unsere ausführliche vips Stellungnahme als separates PDF-File.

Wir danken Ihnen für Ihre Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für allfällige Rückfragen gerne zur Verfügung.

In der Zwischenzeit verbleiben wir mit den besten Grüssen

vips Vereinigung Pharmafirmen
in der Schweiz

Marcel Plattner
Präsident

Ernst Niemack
Geschäftsführer

vips – Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
Baarerstrasse 2, 6300 Zug, Telefon +41 41 727 67 80, info@vips.ch, www.vips.ch

VEREINIGUNG PHARMAFIRMEN IN DER SCHWEIZ

70 YEARS vips

Stellungnahme vips zum Kostendämpfungspaket 2

Allgemeine Bemerkungen

Wer wir sind und für was wir stehen

Die vips ist die Vereinigung der in der Schweiz tätigen Pharmafirmen. Mit 70 Unternehmen sind wir der mitgliederstärkste Pharmaverband der Schweiz. Viele unserer Mitglieder produzieren hierzulande. Wir engagieren uns für einen schnelleren und einfacheren Zugang zu Medikamenten und machen uns für optimale Rahmenbedingungen stark. Die Bevölkerung hat Anspruch auf einen rechtsgleichen, flächendeckenden und raschen Zugang zu Medikamenten. Patientensicherheit, medizinischer und volkswirtschaftlicher Nutzen von Arzneimitteln, Innovation als Weiterentwicklung bestehender Therapien und Schutz des geistigen Eigentums sind unsere zentralen Anliegen.
Die vips steht für ein wirtschaftsfreundliches, freiheitliches und finanzierbares Gesundheitswesen. Uns ist ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem mit umfassenden Gesundheitsleistungen wichtig. Die Versorgungssicherheit ist zentral. Die rasche Verfügbarkeit von Innovationen stellt die Qualität unseres Gesundheitssystems sicher. Der Nutzen für den Patienten muss im Zentrum stehen.

Gesamtheitliche Sicht auf die Kosten-Nutzen-Thematik

Die vips ist überzeugt – eine ganzheitliche Betrachtung der Kosten ist zentral, um auch in Zukunft ein Gesundheitssystem im Sinne der Patienten aufrechterhalten zu können. Obwohl der Anteil der Arzneimittel an den Gesundheitskosten seit Jahren stabil bei rund 10% liegt, zielen die meisten Massnahmen von Behörden und Politik auf die Ausgaben für Medikamente, ohne ihren Nutzen zu diskutieren. Vergessen wir nicht, Medikamente leisten einen nachhaltigen Beitrag zu tragbaren Gesundheitskosten. Im Vergleich zu anderen, teuren Behandlungsoptionen sind sie häufig die wirksamste, zweckmässigste und günstigste Behandlungsmethode und damit ein Grundpfeiler des Gesundheitswesens. Der rasche Zugang zu teilweise lebensnotwendigen Medikamenten hat seinen Preis, führt letztendlich aber dazu, dass Patienten besser und schneller genesen. Dies reduziert nicht nur die individuelle Krankheitslast, sondern auch die gesellschaftlichen Kosten, die auf lange Sicht verursacht werden. Die seit 2005 immer wieder geleisteten Beiträge der Pharmabranche zur Kostendämpfung sind die höchsten absoluten Kosteneinsparungen eines Leistungssegmentes zugunsten der OKP seit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996. Die Einsparungen dank der jährlichen Preissenkungen bei den Medikamenten betragen im Vergleich zu 2012 heute mehr als eine Milliarde Franken pro Jahr – ein starkes Signal dafür, dass wir unsere Verantwortung ernst nehmen.

Gesamtqualität des Gesundheitssystems nicht gefährden

Eine individuelle auf den Patienten ausgerichtete Medikation, eine hohe Verfügbarkeit bei der Versorgung und innovative Weiterentwicklungen bestehender Therapien sind nötig, damit die Gesamtqualität des Gesundheitssystems hochgehalten und weiterentwickelt werden kann. Daraus entstehen Kosteneinsparungen. Ein umgekehrter Ansatz, d.h. unbedacht der Gesamtauswirkungen Leistungen einzuschränken, birgt die grosse Gefahr, längerfristig die Krankenversicherungs- und Gesamtgesellschaftskosten zu steigern – bei gleichzeitig schlechterer Versorgung.

Die vips befürwortet Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen. Ziel ist eine qualitativ hochstehende Versorgung zu einer fairen Vergütung. Bei der ganzen Konzentration auf Kostendämpfung besteht aber das Risiko, dass die Qualität zu kurz kommt. Ein Tiefpreisdiktat zwingt Unternehmen, ihre Produktionen ins Ausland zu verlagern. Anbieter werden aus dem Markt gedrängt. Als Folge würden (Qualitäts-) Wettbewerb und Versorgungssicherheit massiv beeinträchtigt respektive gefährdet. Dies können wir uns in der jetzigen Gesundheitskrise auf keinen Fall erlauben. Die Kosten dürfen nicht zulasten der medizinischen Leistung gedrückt werden. Die Balance muss stimmen. Der Gesundheitszustand unserer Bevölkerung befindet sich im internationalen Vergleich auf hohem Niveau, der Zugang zum Gesundheitssystem ist gesichert. Diese Top Positionierung darf nicht aufs Spiel gesetzt werden.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Als Pharmaverband werden wir nicht zu allen geplanten Gesetzesänderungen in derselben Tiefe Stellung nehmen, sondern uns auf die für uns zentralen Punkte konzentrieren. Wir danken Ihnen, dass Sie unsere Argumente und Forderungen in Ihren Entscheidungsprozess mit einbeziehen.

Art. 18 Abs. 2^{septies} Lit. b.: Fonds für Rückerstattungen

Position vips

Wir unterstützen einen Fonds für Rückerstattungen nach Art. 52b, da er die Umsetzung von Preis-Volumen-Modellen ermöglicht.

Art. 21: Daten der Versicherer

Position vips

Wir sind klar für mehr Transparenz. Der Datenschutz von Versicherten ist aber oberstes Gut und muss jederzeit gewährleistet sein.

Art. 32 Abs. 3: WZW-Überprüfung und Kostengünstigkeitsprinzip

Position vips

Eine Änderung von Art. 32 KVG lehnen wir entschieden ab.

Auch der Nationalrat hat anlässlich seiner Abstimmung in der Sondersession Ende Oktober 2020 den Art. 32 Absatz 3 zurückgewiesen.

Bemerkung / Anregung

Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, zweckmässigen und (kosten-) effizienten Gesundheitsversorgung begrüssen wir. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist aber eine nicht justiziable «Bastelei» an DEM Grundsatzartikel des KVG. Die Verfeinerung des Gesetzes zwecks Kosteneffizienzsteigerung hat nicht bei Art. 32 KVG anzusetzen. Dieser gibt all das vor, woran sich Gesetzgeber, Verordnungsgeber, Bundesamt sowie Leistungserbringer und Patienten zu orientieren haben. Die klare, grundsätzliche Orientierungshilfe selbst ist daher nicht anzutasten.

Leistungen müssen WZW-konform sein – und diese Konformität wird periodisch überprüft. Das sagt Art. 32 in seiner aktuellen Fassung. Eine deutlichere Richtschnur gibt es nicht. Will der Gesetzgeber für einzelne Leistungsbereiche Details vorgeben, was wir (siehe unten zu «Ein neuer Arzneimittelartikel?») begrüssen, hat er dies spezifisch zu tun, wie er das beispielsweise für die Pflege mit Art. 25a KVG getan hat.

Die Einführung eines Abs. 3 in Art. 32 KVG ist aber nicht nur aus Gründen der Systematik innerhalb des KVG abzulehnen, sondern auch aufgrund der folgenden Überlegungen.

Eine nicht konkretisierte Delegationsnorm ist rechtstaatlich ungenügend. Die für Patienten, Leistungserbringer und Life Sciences Industrie wichtige Verlässlichkeit des KVG leidet. Grundlegende Ressourcenallokationspolitik auf Bundesrats-, Departements- oder gar Bundesamtsebene ist abzulehnen.

Die WZW-Konformitätsprüfung ist ein Ganzes. Es haben Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ausgewogen Beachtung zu finden. Diese Prinzipien sind interdependent. Anpassungen auf Gesetzesstufe müssen allen Feldern dieser Trias gleichermassen Rechnung tragen, ansonsten leiden rascher Therapiezugang, Therapiezugangsegalität und optimale Therapiequalität.

Die vips lehnt *nicht* ab, dass unterschiedliche Arzneimittelsegmente unterschiedlich auf WZW-Konformität geprüft und überprüft werden. Die Schlüsselelemente für jedes Segment sind aber in einem leistungsbereichsspezifischen, d.h. arzneimittelspezifischen Gesetzesartikel vom Parlament festzulegen. Dem Bundesrat ist nicht in Art. 32 KVG eine Generalvollmacht zur Kostendämpfung zu erteilen. Zusätzlich muss auch das Währungsrisiko ausgeschlossen werden. Es kann nicht sein, dass die Preise aufgrund einer kurzfristigen Währungsschwankung unwiderruflich sinken.

Die optimale Versorgung für die Patienten darf nicht einer undurchdachten «Kostengünstigkeit» zum Opfer fallen. Dies schädigt die Qualität des Gesundheitswesens. Je mehr Kostendämpfung, desto weniger Qualität. Schlechtere Qualität heisst längerfristig Mehrkosten und ist unethisch. Leistungen und Qualität für Patienten werden beschnitten, der Zugang zur Innovation behindert und der Innovationsstandort geschwächt.

Ein Kostengünstigkeitsprinzip entspricht nicht unserem Qualitätsanspruch in allen Lebensbereichen. Wir machen uns als Land unglaubwürdig, wenn wir nicht bereit sind, für medizinische Leistungen Preise zu bezahlen, die unserer Kaufkraft entsprechen und ein Ausdruck von Innovationswertschätzung sind. Eine Preisfestsetzung, die den Nutzen neuer Medikamente und das Nutzen-Kosten-Verhältnis nicht berücksichtigt, lehnen wir ab. Im Arzneimittelbereich müssen hochinnovative Spezialarzneimittel, Innovationen bei bekannten Wirkstoffen und einfache Generika alle ihre eigenen WZW-Raster haben. Die vips steht für Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen in allen Arzneimittelsegmenten.

Ein Stillstand in der hochspezialisierten Medizin gilt es genauso zu verhindern wie ein Ausbleiben von Weiterentwicklungen in der Grundversorgung. Das KVG steht für «Primary Care» und Spitzenmedizin. WZW-Konformität heisst bei Arzneimitteln auch Sicherung der Angebots- und Anbietervielfalt sowie Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit mittelständischer und kleiner inländischer Pharmaunternehmen. Monopolisierungen zu «Dumping-Preisen» sind eine grosse Gefahr für den Wettbewerb und die Versorgungssicherheit. Leidtragende sind die Patienten.

Das Kostengünstigkeitsprinzip gefährdet den Forschungs- und Produktionsstandort Schweiz und hemmt Innovationen zur Verbesserung von Behandlungen.

Art. 33 Abs. 3bis, Art. 35 Abs. 2 Bst. o, Art. 36b, Art. 48a: Koordinierte Versorgung und Programme der Patientenversorgung

Position vips

Mit dieser Massnahme sind wir einverstanden, haben aber gewisse Vorbehalte.

Bemerkung / Anregung

Wir unterstützen die Förderung der integrierten Versorgung, die Bildung von regionalen Netzwerken zur koordinierten Versorgung und Programme der Patientenversorgung.

Wir begrüssen ein koordiniertes, multiprofessionelles Versorgungsangebot und eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Horizontale Ärzte-Netzwerke haben wir bereits heute, vertikale Qualitätsnetzwerke sind aktuell noch nicht überall gewährleistet.

Die mit der Förderung von Programmen der Patientenversorgung einhergehende Aufwertung der Rolle u.a. von Apothekerinnen und Apothekern oder Advanced Practice Nurses unterstützen wir im Sinne eines effizienten und patientenzentrierten Gesundheitswesens. Entscheidend ist, dass die Versorgung der Patienten sichergestellt ist und entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Der Patient darf nicht bevormundet werden. Die Patientensicht ist absolut zentral. Es muss sichergestellt werden, dass der Patient zu seiner Vertrauensperson Zugang und immer denselben Ansprechpartner hat. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist entscheidend für den Therapieerfolg. Dass der Arzt, zu dem der Patient geht, zu einem der offiziellen Netzwerke gehören muss, lehnen wir ab. Durch diese Netzwerkpflicht des Arztes wird der Patient in seiner Wahlfreiheit eingeschränkt.

Der Bundesrat soll ermächtigt werden, Anforderungen an die Leistungserbringung durch das Netzwerk zur koordinierten Versorgung sowie an die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette festzulegen. Wir sind aber überzeugt – Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein. Die unternehmerische Freiheit darf nicht so massiv beschnitten werden.

Art. 40a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41, Art. 41a: Erstberatungsstelle

Position vips

Diese Massnahme lehnen wir nicht kategorisch ab, haben aber durchaus unsere Vorbehalte.

Bemerkung / Anregung

Im Sinne eines freiheitlichen Systems sind wir klar gegen ein Obligatorium. Die Freiwilligkeit ist wichtig. Der Patient soll frei entscheiden können. Die freie Arztwahl darf nicht eingeschränkt werden, fördert sie doch den Wettbewerb und sichert die Qualität. Wir erinnern an die wuchtige Ablehnung der Managed Care-Vorlage durch das Volk im Jahre 2012. Das Volk hat mit grosser Mehrheit ein Obligatorium abgelehnt. Ein solches Obligatorium ist gerade auch zum Nachteil der chronischen Patienten. Die Wahlfreiheit ist für die Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist gegen den Volkswillen.

Für uns steht die Qualität der Versorgung im Vordergrund. Die Einführung einer Erstberatungsstelle ist insbesondere im Zusammenhang mit Zielvorgaben problematisch. Dadurch verschlechtert sich die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten. Es besteht die Gefahr, dass die Gesundheitsleistungen rationiert werden.

Für uns gibt es noch zu viele offene Fragen bei dieser Vorlage. Wichtig ist beispielsweise die sorgfältige Regulierungskostenabschätzung. Wo liegt genau das Einsparpotenzial? Können wirklich Kosten eingespart werden oder entstehen durch den Zusatzloop über die Erstberatungsstelle am Schluss gar Zusatzkosten – gerade auch im Hinblick auf den riesigen administrativen Zusatzaufwand oder die durch Rechtsstreitigkeiten ausgelöste Prozessflut. Der angedachte Systemwechsel verkompliziert den Prozess massiv und verursacht einen «Papiertiger».

Es soll für alle Versicherten eine erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen geschaffen werden, 70% sind aber bereits in einem solchen Modell. Mit der Verpflichtung aller Versicherten, eine Erstberatungsstelle zu wählen, sollen neu auch die 30% Versicherten, die keine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abgeschlossen haben, beim Eintritt ins Gesundheitssystem beraten werden. Wie präsentiert sich hier die Faktenlage? Was ist hier genau der Hebeleffekt der zusätzlichen 30%? Ist bei den 30% das Einsparpotenzial gleich hoch wie bei den 70%? Wie setzen sich die 30% zusammen? Sind dies Versicherte, die viele Kosten verursachen?

Die Vergütung der Leistungen der Erstberatungsstelle über die Pauschale ist sehr eng gefasst und in der Umsetzung fraglich zielführend. Es ist höchst zweifelhaft, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. So wird ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Die Massnahme unterläuft direkt die Bestrebungen nach Kostensenkungen.

Der Versicherer soll grundsätzlich nur noch Leistungen vergüten, welche die Erstberatungsstelle erbracht hat oder für welche eine Überweisung von ihr vorliegt. Bei den Gatekeepern ist genau zu definieren, wo diese sitzen. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen, insbesondere für Notfälle und für den Zugang zu gewissen Fachärztinnen und Fachärzten. Doch wie sind diese Notfälle genau definiert? Wie werden sie abgegrenzt?

Art. 41 Abs. 1-4: Festlegung von Referenztarifen zur Förderung kantonsübergreifender Wettbewerb Spitäler

Position vips

Da es sich hier um eine Frage der Allokation von Spitalressourcen handelt, verzichten wir komplett darauf, uns zu äussern.

Art. 42a Abs. 2–3: Elektronische Rechnungsübermittlung

Position vips

Wir begrüssen diese Massnahme der elektronischen Rechnungsübermittlung und technologischen Weiterentwicklung der Versichertenkarte.

Bemerkung / Anregung

Wir unterstützen die Digitalisierung zur Förderung von Effizienzgewinn und Dämpfung der Kosten. Wichtig ist ein schweizweit einheitlicher Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung, auf den sich Leistungserbringer und Versicherer oder deren Verbände einigen. Mit dem Standard ist eine sichere und datenschutzkonforme Umsetzung der Abläufe zu gewährleisten.

Grundsätzliches zu den arzneimittelspezifischen KVG-Bestimmungen

Die vips äussert sich nachfolgend zu den begrüssenswerten Gesetzesänderungsvorschlägen und zur Problematik, dass der wichtige Leistungsbereich «Arzneimittel» auf Gesetzesebene aktuell nur stiefmütterlich behandelt wird. Wir sind der Auffassung, dass sich im Zuge der Diskussion über die vorgeschlagenen Art. 52b und 52c KVG die Frage stellt, ob nicht aus den bestehenden Artikeln 52 und 52a leistungsbereichsspezifischere Artikel entwickelt werden müssen.

Ein neuer Arzneimittelartikel?

Ein Buchstabe eines Absatzes eines Artikels (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG) befasst sich bislang mit der Spezialitätenliste.

Wir sind der Auffassung, dass die verschiedenen Leistungsbereiche, die in der aktuellen Fassung in Art. 52 KVG angesprochen werden (nebst den Arzneimitteln die Analysen mit Tarif sowie die Mittel- und Gegenstände), in einzelnen, spezifischen Artikeln umfassender vom Gesetzgeber adressiert werden müssen.
Nach wie vor soll der Bundesrat in der KVV die Details der Arzneimittelprüfung und -überprüfung regeln. Die Leitschnur zuhanden der Landesregierung hat aber wesentliche Punkte im Arzneimittelbereich vorzugeben. Im KVG ist Folgendes zu regeln.

- Die Marktzulassung seitens Swissmedic ist der Ausgangspunkt der unverzüglichen Kostenübernahme durch die OKP. Die gegenwärtigen Verzögerungen zwischen Marktzulassung und SL-Aufnahme sind ein scharf zu kritisierendes Systemversagen. Der Bundesrat hat in der KVV Abhilfe zu schaffen. Das geschieht durch klare Vorgaben zu Pricing, Pricing-Modell-Grundsätzen und Prozessen und Preisbereinigungen, falls Verhandlungen zwischen Zulassungsinhaberin und BAG nicht zeitgerecht zum Ziel führen.
- Die Marktzulassung seitens Swissmedic bestimmt den Umfang der Vergütungspflicht. Der heutige Wildwuchs an einschränkenden Limitierungen ist abzuschaffen. Sie verzögern die Vergütung und können Rationierungen darstellen, ohne dass eine erkennbare WZW-Konformitätssteigerung ersichtlich wäre.

- Der Gesetzgeber muss dem Bundesrat vorgeben, in welche Kategorien Arzneimittel für die WZW-Prüfung und WZW-Überprüfung einzuteilen sind (Originalpräparate unter Kopierschutz, Arzneimittel mit bekannten Wirkstoffen aber innovativen Darreichungsformen, Komplementär- und Phytoarzneimittel, Biosimilars, Generika, Kombinationstherapiearzneimittel etc.). Darauf basierend gibt der Bundesrat die WZW-Prüfungs- und WZW-Überprüfungsmechanismen sowie den WZW-Überprüfungsrhythmus für jede Kategorie vor. Diese Aufgabe darf der Bundesrat nicht an Departement oder BAG delegieren. Es ist die Gesamtregierung, die um eine ausgewogene Balance zwischen Patientenwohl, Life Sciences Standort und Versicherungsprämienlast besorgt sein muss.
- Der Gesetzgeber muss dem Bundesrat vorgeben, dass neue Therapieformen und Weiterentwicklungen zu fördern sind – so dass Alternativen mit einem besseren Wirkungs-/Nebenwirkungsprofil oder besserer Compliance verfügbar sind und eine Produktevielfalt gestützt wird.
- Der Gesetzgeber muss den Bundesrat damit beauftragen, Off-Label-Anwendungen und Hors-List- (nicht oder noch nicht in die SL aufgenommene zugelassene) Arzneimittelanwendungen so zu regeln, dass bei einem medizinisch gut begründeten und ausreichend Daten gestützten Therapievorschlag des behandelnden Arztes eine Nicht-Therapie aus Kostengründen nicht in Frage kommen kann.

Wir schlagen zudem konkret vor, grundsätzlich an der 3-Jahres-WZW-Überprüfung festzuhalten und Arzneimittel mit Tagestherapiekosten unter einem vom Bundesrat zu bestimmenden Schwellenwert nicht mehr periodisch zu überprüfen. Es kann nicht die Aufgabe des Bundesstaates sein, sich alle drei Jahre damit zu beschäftigen, ob beispielsweise ein Hustensirup zu CHF 3.70 (realer aktueller Fabrikabgabepreis eines in der SL gelisteten Antitussivums) WZW-konform ist.

Art. 52b: Preismodelle und Rückerstattungen

Position vips

Diese Massnahme unterstützen wir. Dafür kämpfen wir schon lange. Die Preismodelle müssen zwingend zu kürzeren Aufnahmezeiten in die SL und damit zu einem schnelleren Marktzugang führen.

Bemerkung / Anregung

Wichtig ist, dass der Zugang für Patienten rascher erfolgt als heute – adäquate Preismodelle als Grundvoraussetzung für die Versorgungssicherheit und den raschen Zugang zu Therapien.

Verhandlungen auf vertraulicher Basis begrüssen wir. Vertrauliche Preismodelle ermöglichen eine flexible, an die lokale Marktsituation angepasste Preisgestaltung und sind in vielen Ländern üblich. Vor dem Hintergrund der internationalen Preisreferenzierung ist die im Europäischen Ausland gängige eingeschränkte Transparenz auch für Preismodelle in der Schweiz essentiell.

Wie neuere Studien zeigen, dürfte in den nächsten Jahren der Einsatz von Preismodellen für innovative Therapien weltweit noch stärker zunehmen. Entscheidend ist die Kompatibilität mit dem Ausland. Wir lehnen es ab, Preismodelle dafür einzusetzen, die gleichmässige Gewichtung von APV und TQV zu unterlaufen. Zudem sind die Preismodelle langfristig, nachhaltig und damit stabilisierend zum Einsatz zu kommen, das heisst also nicht nur bei der SL Aufnahme sondern gerade auch bei den wiederkehrenden Preisüberprüfungen.

Wichtig ist die Einschränkung, dass nur hochpreisige Medikamente von solchen Preismodellen betroffen sind. Will die Schweiz die Wirtschaftlichkeit und Versorgung mit hochpreisigen Arzneimitteln auch in Zukunft sicherstellen, ist das BAG aufgefordert, entsprechende Preismodelle umzusetzen.

Die Preismodelle müssen der Vielfalt an neuen Therapien gerecht werden. Wir unterstützen massgeschneiderte, nutzenbasierte Preismodelle. Die Stakeholder-Verbände müssen mit dem BAG die Preismodelle aushandeln können. Planbarkeit und Flexibilität müssen balanciert sein. Die vips und Interpharma haben dem BAG in den vergangenen Jahren vielfältige Vorschläge zur Umsetzung von Preismodellen, eine sogenannte «Toolbox» an Vorgehensweisen, vorgeschlagen. Darauf kann aufgebaut werden.

Es gilt im Auge zu behalten, dass Preismodelle nicht auf «Mikromanagementebene» Ungewolltes hervorrufen dürfen. D.h. bei einzelnen Patienten dürfen keine Versorgungslücken bzw. bei einzelnen Versicherern keine ungebührliche Möglichkeiten zur Kostenoptimierung entstehen. Preismodelle sind primär ein makroökonomisches Element, d.h. ein WZW-Operationalisierungsinstrument auf Stufe Gesamt-OKP. Ebenso wenig dürfen Preismodelle zu kostspieligen Administrationshürden verkommen.

Art. 52c: Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten

Position vips

Diese Massnahme unterstützen wir vollumfänglich.

Bemerkung / Anregung

Die Ausnahmebestimmung ist aufgrund der vorgesehenen Regelungen zu Preismodellen und Rückerstattungen unumgänglich. Sie ist Grundvoraussetzung für die Preismodelle. Damit wird ein Mittelweg beschritten, bei dem allen an der Umsetzung von Preismodellen beteiligten Akteuren der Zugang zu den notwendigen Informationen gewährleistet ist (Stichwort eingeschränkte Transparenz).

Der Zugang der Öffentlichkeit zum Preisfestsetzungsverfahren und insbesondere der Umsetzung von Preismodellen wird in vielen Ländern zugunsten der Wirtschaftlichkeit und Versorgung eingeschränkt. Essentiell ist, dass mit der neuen Ausnahmebestimmung der Geltungsbereich des BGÖ nur soweit eingeschränkt wird, als dies im Interesse einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung erforderlich ist.

Art. 54, Art. 54a, Art. 54b, Art. 54c, Art. 54d: Kostenziele

Position vips

Diese Massnahme, die einer Rationierung gleichkommt, lehnen wir entschieden ab.

Bemerkung / Anregung

Wir lehnen jegliche Kostenziele ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und dadurch längerfristig zu einem Kostenanstieg. Mit der Einführung einer Zielvorgabe wird direkt und verstärkt Druck auf die Tarifpartner ausgeübt, sich auf kostendämpfende Massnahmen zu einigen.

Wir sind gerne bereit, eine Diskussion zur Kostenabschätzung anzustossen und mitzugestalten. Dies führt zu mehr Transparenz bezüglich Kostenentwicklung. Es ist nur zu begrüssen, mehr darüber zu wissen, welcher Teil des Kostenwachstums wie zu erklären ist.

Dennoch sehen wir die vorgeschlagene Gesetzesänderung kritisch.

Zielvorgaben bergen die Gefahr, dass medizinische Leistungen rationiert und die Patienten schlechter versorgt werden, was gerade vor dem Hintergrund der Covid-19 Krise fehl am Platz ist und grosse Unsicherheit bringt. Zielvorgaben bremsen oder verhindern notwendige Investitionen, was langfristig die Qualität senkt und Kosten und Ineffizienz treibt. Die Massnahme läuft auf eine Zweiklassenmedizin hinaus. Es droht ein Qualitätsabbau der Leistungen. Die Qualität der medizinischen Versorgung ist aber zentral und darf nicht aufs Spiel gesetzt werden. Die Budgetkontrolle darf nicht zulasten der Qualität gehen.

Eine von oben aufgedrückte Vorgabe, die mittels top-down-Prinzip staatliche Ziele vorgibt, geht eindeutig Richtung Planwirtschaft.

Eine Zentralisierung des Systems in planwirtschaftlichem Stil entspricht nicht der Denkweise der Schweizer Bevölkerung. Viele Prinzipien der Schweiz werden untergraben. Wir sind für mehr Marktfreiheit anstelle verstärkter Regulierung durch den Staat. Wir stehen für mehr, nicht für weniger Wettbewerb. Wir sind für ein freiheitliches, unabhängiges Gesundheitswesen – das heisst, keine Verstaatlichung auf Kosten der Flexibilität des Systems.

Die Zielvorgaben bezüglich der Gesamtkosten auf Bundes- und Kantonsebene sind sehr grob definiert, die Vorgaben betreffend Toleranzmargen äusserst vage formuliert. Die Budgetierung macht keinen Sinn, sie bedeutet im Gegenteil einen enormen bürokratischen Aufwand. Die Umsetzung in den Kantonen bedarf unzähliger Ressourcen – ist das zielführend? Der Bund will verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken), was sehr unübersichtlich und dogmatisch daherkommt.

Die vorgeschlagene zusätzliche Kommission ist eine demokratisch ungenügend abgestützte Stimme.

Das Gesundheitswesen kann unserer Meinung nach nur durch Aktionsfähigkeit und Wettbewerbsdruck qualitativ hochstehend bleiben und (kosten-)effizienter werden. Die medizinischen Fortschritte werden sich in den nächsten beiden Dekaden auf raschem Fuss folgen.

Eine Steuerung über Kostenplanung führt zu einer reduzierten Sicht auf die direkten Krankenversicherungskosten und stösst Neuerungen nicht an, sondern schränkt lediglich Bestehendes ein.

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist eine Stütze des Landes und Ausdruck seiner Stärken.

Es darf unseres Erachtens nicht unterschätzt werden, dass der Geist, den ein Gesetz atmet, weit über seine Details hinaus von grosser Bedeutung ist. Das KVG ist in vielen Details ergänzungsbedürftig, in seinen Grundzügen reformbedürftig ist es aber nicht. Die Vorschläge rühren an der Basis des KVG. Es sind keine reinen Kostendämpfungsmassnahmen sondern ein Umbau des Primats. Heute steht die Leistung im Zentrum. Diese wird vergütet. Der Umbau führt dazu, dass die Kosten im Zentrum stehen und daraus Leistungen abgeleitet werden.

Die vips ist daher dezidiert der Meinung, dass im Zentrum des KVG auch in Zukunft Wirksamkeit und Zweckmässigkeit einer Leistung stehen müssen. Darauf basierend wird das medizinisch im Einzelfall Angezeigte so vergütet, dass wir es uns leisten können. Das fortwährende Ringen um die Preise der wirksamen und zweckmässigen Leistungen ist unumgänglich. Aber die Preis- bzw. Kostensetzung als Ausgangspunkt stellt eine grosse Gefahr für die «Einklassenmedizin» dar. Und wenn die Einklassenmedizin fällt, dann fällt einer der wichtigsten Garanten einer mittelständischen, tüchtigen, solidarischen und lebenswerten Schweiz.

Aus all diesen Gründen lehnen wir Zielvorgaben entschieden ab. Sie verhindern Innovationen und beschränken den Zugang. Insbesondere in Verbindung mit der Einführung einer Erstberatungsstelle ist die Zielvorgabe eine äusserst kritische Kombination und führt zu Qualitätsverschlechterungen und Rationierung. Bevor neue einschränkende Massnahmen getroffen werden, sind Fehlanreize in der Finanzierung des Gesundheitssystems zu beseitigen.

Art. 14 und Art. 14ter E-IVG: Arzneimittel im IVG

Position vips

Diese Massnahme unterstützen wir, allerdings mit gewissen Einschränkungen.

Bemerkung / Anregung

Wir sind für eine möglichst optimale Abstimmung zwischen Spezialitätenliste und der neuen IV-Arzneimittelliste. Es ist aber unerlässlich, dass sich die Umsetzung der WZW-Kriterien bei der Führung einer Arzneimittelliste unter IVG von der Umsetzung der WZW-Kriterien unter KVG unterscheiden darf. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im Hinblick auf die Eingliederung und den Beitrag zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung der betroffenen Versicherten zu beurteilen. Im Vordergrund stehen die Teilnahme Betroffener am gesellschaftlichen Leben und damit einher gehend die Verbesserung der Lebensqualität sowie eine Entlastung der betreuenden Personen. Der Seltenheit von Erbkrankheiten und Geburtsgebrechen ist Rechnung zu tragen. Die grösstmögliche Solidarität im gesamten Sozialversicherungswesen muss den Patienten mit Einschränkungen und ihren Familien gehören.

Wir begrüssen Änderungen in der Invalidenversicherung, die die Vergütung von Arzneimitteln besser regeln und die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen auch dort. Ein Kostengünstigkeitsprinzip hat aber gerade hier keinen Platz. Dass haushälterisch mit den Ressourcen umgegangen werden muss, versteht sich bereits grundsätzlich. Auch hier geht es um den deklaratorischen Effekt, der ausgelöst wird, indem man in einem Bundesgesetz betreffend kranke Menschen darlegt, es gehe bei deren Versorgung um Kostengünstigkeit.

Günstig ist eine qualitativ gute Leistung nie zu haben. Nur die beste Versorgungsqualität bringt gegenüber Kindern mit Erbkrankheiten und Geburtsgebrechen aber genügend Solidarität.

Zusammenfassend unterstützen wir die vorgesehenen Neuregelungen im Sinne einer möglichst optimalen durchgehenden Patientenversorgung. Es darf keine Therapievorenthaltungen, keine Therapieverzögerungen und keine Therapieunterbrüche geben. Das Wohl des Patienten steht für uns im Zentrum.

Verworfene Massnahmen

Einführung Beschwerderecht (M 33)

Position vips

Den Verzicht des Bundesrates auf Einführung des Beschwerderechts gegen Verfügungen des BAG in Bezug auf die Beurteilung von Arzneimitteln unterstützen wir – im Sinne eines möglichst effizienten Zugangs der Patienten zur medizinischen Versorgung.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : vips

Adresse : Baarerstrasse 2, 6300 Zug

Kontaktperson : Ernst Niemack, Geschäftsführer vips

Telefon : +41 78 646 80 30

E-Mail : ernst.niemack@vips.ch

Datum : 10. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen____ **5**

Weitere Vorschläge ____ **20**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
vips	**Wer wir sind und für was wir stehen** Die vips ist die Vereinigung der in der Schweiz tätigen Pharmafirmen. Mit 70 Unternehmen sind wir der mitgliederstärkste Pharmaverband der Schweiz. Viele unserer Mitglieder produzieren hierzulande. Wir engagieren uns für einen schnelleren und einfacheren Zugang zu Medikamenten und machen uns für optimale Rahmenbedingungen stark. Die Bevölkerung hat Anspruch auf einen rechtsgleichen, flächendeckenden und raschen Zugang zu Medikamenten. Patientensicherheit, medizinischer und volkswirtschaftlicher Nutzen von Arzneimitteln, Innovation als Weiterentwicklung bestehender Therapien und Schutz des geistigen Eigentums sind unsere zentralen Anliegen. Die vips steht für ein wirtschaftsfreundliches, freiheitliches und finanzierbares Gesundheitswesen. Uns ist ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem mit umfassenden Gesundheitsleistungen wichtig. Die Versorgungssicherheit ist zentral. Die rasche Verfügbarkeit von Innovationen stellt die Qualität unseres Gesundheitssystems sicher. Der Nutzen für den Patienten muss im Zentrum stehen. **Gesamtheitliche Sicht auf die Kosten-Nutzen-Thematik** Die vips ist überzeugt – eine ganzheitliche Betrachtung der Kosten ist zentral, um auch in Zukunft ein Gesundheitssystem im Sinne der Patienten aufrechterhalten zu können. Obwohl der Anteil der Arzneimittel an den Gesundheitskosten seit Jahren stabil bei rund 10% liegt, zielen die meisten Massnahmen von Behörden und Politik auf die Ausgaben für Medikamente, ohne ihren Nutzen zu diskutieren. Vergessen wir nicht, Medikamente leisten einen nachhaltigen Beitrag zu tragbaren Gesundheitskosten. Im Vergleich zu anderen, teuren Behandlungsoptionen sind sie häufig die wirksamste, zweckmässigste und günstigste Behandlungsmethode und damit ein Grundpfeiler des Gesundheitswesens. Der rasche Zugang zu teilweise lebensnotwendigen Medikamenten hat seinen Preis, führt letztendlich aber dazu, dass Patienten besser und schneller genesen. Dies reduziert nicht nur die individuelle Krankheitslast, sondern auch die gesellschaftlichen Kosten, die auf lange Sicht verursacht werden. Die seit 2005 immer wieder geleisteten Beiträge der Pharmabranche zur Kostendämpfung sind die höchsten absoluten Kosteneinsparungen eines Leistungssegmentes zugunsten der OKP seit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996. Die Einsparungen dank der jährlichen Preissenkungen bei den Medikamenten betragen im Vergleich zu 2012 heute mehr als eine Milliarde Franken pro Jahr – ein starkes Signal dafür, dass wir unsere Verantwortung ernst nehmen. **Gesamtqualität des Gesundheitssystems nicht gefährden** Eine individuelle auf den Patienten ausgerichtete Medikation, eine hohe Verfügbarkeit bei der Versorgung und innovative Weiterentwicklungen bestehender Therapien sind nötig, damit die Gesamtqualität des Gesundheitssystems hochgehalten und weiterentwickelt werden kann. Daraus entstehen Kosteneinsparungen. Ein umgekehrter Ansatz, d.h. unbedacht der Gesamtauswirkungen Leistungen einzuschränken, birgt die grosse Gefahr, längerfristig die Krankenversicherungs- und Gesamtgesellschaftskosten zu steigern – bei gleichzeitig schlechterer Versorgung.

	Die vips befürwortet Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen. Ziel ist eine qualitativ hochstehende Versorgung zu einer fairen Vergütung. Bei der ganzen Konzentration auf Kostendämpfung besteht aber das Risiko, dass die Qualität zu kurz kommt. Ein Tiefpreisdiktat zwingt Unternehmen, ihre Produktionen ins Ausland zu verlagern. Anbieter werden aus dem Markt gedrängt. Als Folge würden (Qualitäts-) Wettbewerb und Versorgungssicherheit massiv beeinträchtigt respektive gefährdet. Dies können wir uns in der jetzigen Gesundheitskrise auf keinen Fall erlauben. Die Kosten dürfen nicht zulasten der medizinischen Leistung gedrückt werden. Die Balance muss stimmen. Der Gesundheitszustand unserer Bevölkerung befindet sich im internationalen Vergleich auf hohem Niveau, der Zugang zum Gesundheitssystem ist gesichert. Diese Top Positionierung darf nicht aufs Spiel gesetzt werden. Als Pharmaverband werden wir nicht zu allen geplanten Gesetzesänderungen in derselben Tiefe Stellung nehmen, sondern uns auf die für uns zentralen Punkte konzentrieren. Wir danken Ihnen, dass Sie unsere Argumente und Forderungen in Ihren Entscheidungsprozess mit einbeziehen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	18	2septies Lit. b		**Fonds für Rückerstattungen** Wir unterstützen einen Fonds für Rückerstattungen nach Art. 52b, da er die Umsetzung von Preis-Volumen-Modellen ermöglicht.	
	21			**Daten der Versicherer** Wir sind klar für mehr Transparenz. Der Datenschutz von Versicherten ist oberstes Gut und muss jederzeit gewährleistet sein.	
	32	3		**WZW-Überprüfung und Kostengünstigkeitsprinzip** Eine Änderung von Art. 32 KVG lehnen wir entschieden ab. Auch der Nationalrat hat anlässlich seiner Abstimmung in der Sondersession Ende Oktober 2020 den Art. 32 Absatz 3 zurückgewiesen. Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, zweckmässigen und (kosten-) effizienten Gesundheitsversorgung begrüssen wir. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist aber eine nicht justiziable «Bastelei» an DEM Grundsatzartikel des KVG. Die Verfeinerung des Gesetzes zwecks Kosteneffizienzsteigerung hat nicht bei Art. 32 KVG anzusetzen. Dieser gibt all das vor, woran sich Gesetzgeber, Verordnungsgeber, Bundesamt sowie Leistungserbringer und	

				Patienten zu orientieren haben. Die klare, grundsätzliche Orientierungshilfe selbst ist daher nicht anzutasten. Will der Gesetzgeber für einzelne Leistungsbereiche Details vorgeben, was wir (siehe unten zu «Ein neuer Arzneimittelartikel?») begrüssen, hat er dies spezifisch zu tun, wie er das beispielsweise für die Pflege mit Art. 25a KVG getan hat. Die Einführung eines Abs. 3 in Art. 32 KVG ist aber nicht nur aus Gründen der Systematik innerhalb des KVG abzulehnen, sondern auch aufgrund folgender Überlegungen. Eine nicht konkretisierte Delegationsnorm ist rechtstaatlich ungenügend. Die für Patienten, Leistungserbringer und Life Sciences Industrie wichtige Verlässlichkeit des KVG leidet. Die WZW-Konformitätsprüfung ist ein Ganzes. Es haben Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ausgewogen Beachtung zu finden. Diese Prinzipien sind interdependent. Die vips lehnt nicht ab, dass unterschiedliche Arzneimittelsegmente unterschiedlich auf WZW-Konformität geprüft und überprüft werden. Die Schlüsselelemente für jedes Segment sind aber in einem leistungsbereichsspezifischen, d.h. arzneimittelspezifischen Gesetzesartikel vom Parlament festzulegen. Die optimale Versorgung für die Patienten darf nicht einer undurchdachten «Kostengünstigkeit» zum Opfer fallen. Dies schädigt die Qualität des Gesundheitswesens. Je mehr Kostendämpfung, desto weniger Qualität. Schlechtere Qualität heisst längerfristig Mehrkosten und ist unethisch. Leistungen und Qualität für Patienten werden beschnitten, der Zugang zur Innovation behindert und der Innovationsstandort geschwächt.	

				Ein Kostengünstigkeitsprinzip entspricht nicht unserem Qualitätsanspruch in allen Lebensbereichen. Wir machen uns als Land unglaubwürdig, wenn wir nicht bereit sind, für medizinische Leistungen Preise zu bezahlen, die unserer Kaufkraft entsprechen und ein Ausdruck von Innovationswertschätzung sind. Eine Preisfestsetzung, die den Nutzen neuer Medikamente und das Nutzen-Kosten-Verhältnis nicht berücksichtigt, lehnen wir ab. Ein Stillstand in der hochspezialisierten Medizin gilt es genauso zu verhindern wie ein Ausbleiben von Weiterentwicklungen in der Grundversorgung. Das KVG steht für «Primary Care» und Spitzenmedizin. Kurzum – das Kostengünstigkeitsprinzip gefährdet den Forschungs- und Produktionsstandort Schweiz und hemmt Innovationen zur Verbesserung von Behandlungen. *Für unsere detailliertere Argumentation bezüglich diesem Artikel verweisen wir auf das separate PDF mit der ausführlichen vips Stellungnahme.*	
	33 35 36b 48a	3bis 2	o	**Koordinierte Versorgung und Programme der Patientenversorgung** Mit dieser Massnahme sind wir einverstanden, haben aber gewisse Vorbehalte. Wir unterstützen die Förderung der integrierten Versorgung, die Bildung von regionalen Netzwerken zur koordinierten Versorgung und Programme der Patientenversorgung. Die mit der Förderung von Programmen der Patientenversorgung einhergehende Aufwertung der Rolle u.a. von Apothekerinnen und Apothekern oder Advanced Practice Nurses unterstützen wir	

				im Sinne eines effizienten und patientenzentrierten Gesundheitswesens. Entscheidend ist, dass die Versorgung der Patienten sichergestellt ist und entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Der Patient darf aber nicht bevormundet werden. Die Patientensicht ist absolut zentral. Dass der Arzt, zu dem der Patient geht, zu einem der offiziellen Netzwerke gehören muss, lehnen wir ab. Durch diese Netzwerkpflicht des Arztes wird der Patient in seiner Wahlfreiheit eingeschränkt. Wir sind überzeugt – Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein. Die unternehmerische Freiheit darf nicht so massiv beschnitten werden. *Für unsere detailliertere Argumentation verweisen wir auf das separate PDF mit der ausführlichen vips Stellungnahme.*	
	40a-d 41 / 41a			**Erstberatungsstelle** Diese Massnahme lehnen wir nicht kategorisch ab, haben aber durchaus unsere Vorbehalte. Im Sinne eines freiheitlichen Systems sind wir klar gegen ein Obligatorium. Die Freiwilligkeit ist wichtig. Der Patient soll frei entscheiden können. Die freie Arztwahl darf nicht eingeschränkt werden, fördert sie doch den Wettbewerb und sichert die Qualität. Die Wahlfreiheit ist für die Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist gegen den Volkswillen (siehe wuchtige Ablehnung der Managed Care-Vorlage im 2012).	

				Für uns steht die Qualität der Versorgung im Vordergrund. Die Einführung einer Erstberatungsstelle ist insbesondere im Zusammenhang mit Zielvorgaben problematisch. Dadurch verschlechtert sich die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten. Es besteht die Gefahr, dass die Gesundheitsleistungen rationiert werden. Für uns gibt es noch zu viele offene Fragen bei dieser Vorlage. Wichtig ist beispielsweise die sorgfältige Regulierungskostenabschätzung. Wo liegt genau das Einsparpotenzial? Können wirklich Kosten eingespart werden oder entstehen durch den Zusatzloop über die Erstberatungsstelle am Schluss gar Zusatzkosten – gerade auch im Hinblick auf den riesigen administrativen Zusatzaufwand oder die durch Rechtsstreitigkeiten ausgelöste Prozessflut. Es soll für alle Versicherten eine erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen geschaffen werden, 70% sind aber bereits in einem solchen Modell. Was ist genau der Hebeleffekt der zusätzlichen 30%? Ist bei den 30% das Einsparpotenzial gleich hoch wie bei den 70%? Wie setzen sich die 30% zusammen? Sind dies Versicherte, die viele Kosten verursachen? Die Vergütung der Leistungen der Erstberatungsstelle über die Pauschale ist sehr eng gefasst und in der Umsetzung fraglich zielführend. Bei den Gatekeepern ist genau zu definieren, wo diese sitzen. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen, insbesondere für Notfälle und für den Zugang zu gewissen Fachärztinnen und Fachärzten. Doch wie sind diese Notfälle genau definiert? Wie werden sie abgegrenzt? *Für unsere detailliertere Argumentation verweisen wir auf das separate PDF mit der ausführlichen vips Stellungnahme.*	

	41	1-4		**Festlegung von Referenztarifen zur Förderung kantonsübergreifender Wettbewerb Spitäler** Da es sich hier um eine Frage der Allokation von Spitalressourcen handelt, verzichten wir komplett darauf, uns zu äussern.	
	42a	2-3		**Elektronische Rechnungsübermittlung** Wir begrüssen diese Massnahme der elektronischen Rechnungsübermittlung und technologischen Weiterentwicklung der Versichertenkarte. Wir unterstützen die Digitalisierung zur Förderung von Effizienzgewinn und Dämpfung der Kosten. Wichtig ist ein schweizweit einheitlicher Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung, auf den sich Leistungserbringer und Versicherer oder deren Verbände einigen. Mit dem Standard ist eine sichere und datenschutzkonforme Umsetzung der Abläufe zu gewährleisten.	
	52			**Grundsätzliches zu den arzneimittelspezifischen KVG-Bestimmungen** Die vips äussert sich nachfolgend zu den begrüssenswerten Gesetzesänderungsvorschlägen und zur Problematik, dass der wichtige Leistungsbereich «Arzneimittel» auf Gesetzesebene aktuell nur stiefmütterlich behandelt wird. Wir sind der Auffassung, dass sich im Zuge der Diskussion über die vorgeschlagenen Art. 52b und 52c KVG die Frage stellt, ob nicht aus den bestehenden Artikeln 52 und 52a leistungsbereichsspezifischere Artikel entwickelt werden müssen.	

				Ein neuer Arzneimittelartikel? Lediglich ein Buchstabe eines Absatzes eines Artikels (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG) befasst sich bislang mit der Spezialitätenliste. Wir sind der Auffassung, dass die verschiedenen Leistungsbereiche, die in der aktuellen Fassung in Art. 52 KVG angesprochen werden (nebst den Arzneimitteln die Analysen mit Tarif sowie die Mittel- und Gegenstände), in einzelnen, spezifischen Artikeln umfassender vom Gesetzgeber adressiert werden müssen. Nach wie vor soll der Bundesrat in der KVV die Details der Arzneimittelprüfung und -überprüfung regeln. Die Leitschnur zuhanden der Landesregierung hat aber wesentliche Punkte im Arzneimittelbereich vorzugeben. Im KVG ist Folgendes zu regeln. ➢ Die Marktzulassung seitens Swissmedic ist der Ausgangspunkt der unverzüglichen Kostenübernahme durch die OKP. Die gegenwärtigen Verzögerungen zwischen Marktzulassung und SL-Aufnahme sind ein scharf zu kritisierendes Systemversagen. Der Bundesrat hat in der KVV Abhilfe zu schaffen. Das geschieht durch klare Vorgaben zu Pricing, Pricing-Modell-Grundsätzen und Prozessen und Preisbereinigungen, falls Verhandlungen zwischen Zulassungsinhaberin und BAG nicht zeitgerecht zum Ziel führen.	

				➢ Die Marktzulassung seitens Swissmedic bestimmt den Umfang der Vergütungspflicht. Der heutige Wildwuchs an einschränkenden Limitierungen ist abzuschaffen. Sie verzögern die Vergütung und können Rationierungen darstellen, ohne dass eine erkennbare WZW-Konformitätssteigerung ersichtlich wäre. ➢ Der Gesetzgeber muss dem Bundesrat vorgeben, in welche Kategorien Arzneimittel für die WZW-Prüfung und WZW-Überprüfung einzuteilen sind (Originalpräparate unter Kopierschutz, Arzneimittel mit bekannten Wirkstoffen aber innovativen Darreichungsformen, Komplementär- und Phytoarzneimittel, Biosimilars, Generika, Kombinationstherapiearzneimittel etc.). Darauf basierend gibt der Bundesrat die WZW-Prüfungs- und WZW-Überprüfungsmechanismen sowie den WZW-Überprüfungsrhythmus für jede Kategorie vor. Diese Aufgabe darf der Bundesrat nicht an Departement oder BAG delegieren. Es ist die Gesamtregierung, die um eine ausgewogene Balance zwischen Patientenwohl, Life Sciences Standort und Versicherungsprämienlast besorgt sein muss. ➢ Der Gesetzgeber muss dem Bundesrat vorgeben, dass neue Therapieformen und Weiterentwicklungen zu fördern sind – so dass Alternativen mit einem besseren Wirkungs- / Nebenwirkungsprofil oder besserer Compliance verfügbar sind und eine Produktevielfalt gestützt wird.	

				➢ Der Gesetzgeber muss den Bundesrat damit beauftragen, Off-Label-Anwendungen und Hors-List- (nicht oder noch nicht in die SL aufgenommene zugelassene) Arzneimittelanwendungen so zu regeln, dass bei einem medizinisch gut begründeten und ausreichend Daten gestützten Therapievorschlag des behandelnden Arztes eine Nicht-Therapie aus Kostengründen nicht in Frage kommen kann. Wir schlagen zudem konkret vor, grundsätzlich an der 3-Jahres-WZW-Überprüfung festzuhalten und Arzneimittel mit Tagestherapiekosten unter einem vom Bundesrat zu bestimmenden Schwellenwert nicht mehr periodisch zu überprüfen. Es kann nicht die Aufgabe des Bundesstaates sein, sich alle drei Jahre damit zu beschäftigen, ob beispielsweise ein Hustensirup zu CHF 3.70 (realer aktueller Fabrikabgabepreis eines in der SL gelisteten Antitussivums) WZW-konform ist.	
	52b			**Preismodelle und Rückerstattungen** Diese Massnahme unterstützen wir. Dafür kämpfen wir schon lange. Die Preismodelle müssen zwingend zu kürzeren Aufnahmezeiten in die SL und damit zu einem schnelleren Marktzugang führen. Wichtig ist, dass der Zugang für Patienten rascher erfolgt als heute – adäquate Preismodelle als Grundvoraussetzung für die Versorgungssicherheit und den raschen Zugang zu Therapien. Verhandlungen auf vertraulicher Basis begrüssen wir. Entscheidend ist die Kompatibilität mit dem Ausland. Wir lehnen es ab, Preismodelle dafür einzusetzen, die gleichmässige Gewichtung von APV und TQV zu unterlaufen.	

				Zudem sind die Preismodelle langfristig, nachhaltig und damit stabilisierend zum Einsatz zu kommen, das heisst also nicht nur bei der SL Aufnahme sondern gerade auch bei den wiederkehrenden Preisüberprüfungen. Wichtig ist die Einschränkung, dass nur hochpreisige Medikamente von solchen Preismodellen betroffen sind. Will die Schweiz die Wirtschaftlichkeit und Versorgung mit hochpreisigen Arzneimitteln auch in Zukunft sicherstellen, ist das BAG aufgefordert, entsprechende Preismodelle umzusetzen. Die Preismodelle müssen der Vielfalt an neuen Therapien gerecht werden. Wir unterstützen massgeschneiderte, nutzenbasierte Preismodelle. Die Stakeholder-Verbände müssen mit dem BAG die Preismodelle aushandeln können. Planbarkeit und Flexibilität müssen balanciert sein. Die vips und Interpharma haben dem BAG in den vergangenen Jahren vielfältige Vorschläge zur Umsetzung von Preismodellen, eine sogenannte «Toolbox» an Vorgehensweisen, vorgeschlagen. Darauf kann aufgebaut werden. Es gilt im Auge zu behalten, dass Preismodelle nicht auf «Mikromanagementebene» Ungewolltes hervorrufen dürfen. D.h. bei einzelnen Patienten dürfen keine Versorgungslücken bzw. bei einzelnen Versicherern keine ungebührliche Möglichkeiten zur Kostenoptimierung entstehen. Preismodelle sind primär ein makroökonomisches Element, d.h. ein WZW-Operationalisierungsinstrument auf Stufe Gesamt-OKP. Ebenso wenig dürfen Preismodelle zu kostspieligen Administrationshürden verkommen. *Für unsere detailliertere Argumentation verweisen wir auf das separate PDF mit der ausführlichen vips Stellungnahme.*	

	52c			**Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten** Diese Massnahme unterstützen wir vollumfänglich. Die Ausnahmebestimmung ist aufgrund der vorgesehenen Regelungen zu Preismodellen und Rückerstattungen unumgänglich. Sie ist Grundvoraussetzung für die Preismodelle. Damit wird ein Mittelweg beschritten, bei dem allen an der Umsetzung von Preismodellen beteiligten Akteuren der Zugang zu den notwendigen Informationen gewährleistet ist (Stichwort eingeschränkte Transparenz). Der Zugang der Öffentlichkeit zum Preisfestsetzungsverfahren und insbesondere der Umsetzung von Preismodellen wird in vielen Ländern zugunsten der Wirtschaftlichkeit und Versorgung eingeschränkt. Essentiell ist, dass mit der neuen Ausnahmebestimmung der Geltungsbereich des BGÖ nur soweit eingeschränkt wird, als dies im Interesse einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung erforderlich ist.	
	54 54 a-d			**Kostenziele** Diese Massnahme, die einer Rationierung gleichkommt, lehnen wir entschieden ab. Wir lehnen jegliche Kostenziele ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und dadurch längerfristig zu einem Kostenanstieg. Wir sind gerne bereit, eine Diskussion zur Kostenabschätzung anzustossen und mitzugestalten. Dies führt zu mehr Transparenz bezüglich Kostenentwicklung. Dennoch sehen wir die vorgeschlagene Gesetzesänderung kritisch.	

				Zielvorgaben bergen die Gefahr, dass medizinische Leistungen rationiert und die Patienten schlechter versorgt werden, was gerade vor dem Hintergrund der Covid-19 Krise fehl am Platz ist und grosse Unsicherheit bringt. Zielvorgaben bremsen oder verhindern notwendige Investitionen, was langfristig die Qualität senkt und Kosten und Ineffizienz treibt. Die Massnahme läuft auf eine Zweiklassenmedizin hinaus. Es droht ein Qualitätsabbau der Leistungen. Die Qualität der medizinischen Versorgung ist aber zentral und darf nicht aufs Spiel gesetzt werden. Die Budgetkontrolle darf nicht zulasten der Qualität gehen. Eine Zentralisierung des Systems in planwirtschaftlichem Stil entspricht nicht der Denkweise der Schweizer Bevölkerung. Viele Prinzipien der Schweiz werden untergraben. Wir sind für mehr Marktfreiheit anstelle verstärkter Regulierung durch den Staat. Wir stehen für mehr, nicht für weniger Wettbewerb. Wir sind für ein freiheitliches, unabhängiges Gesundheitswesen – das heisst, keine Verstaatlichung auf Kosten der Flexibilität des Systems. Die Zielvorgaben bezüglich der Gesamtkosten auf Bundes- und Kantonsebene sind sehr grob definiert, die Vorgaben betreffend Toleranzmargen äusserst vage formuliert. Die Budgetierung macht keinen Sinn, sie bedeutet im Gegenteil einen enormen bürokratischen Aufwand. Die Umsetzung in den Kantonen bedarf unzähliger Ressourcen – ist das zielführend? Der Bund will verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken), was sehr unübersichtlich und dogmatisch daherkommt. Die vorgeschlagene zusätzliche Kommission ist eine demokratisch ungenügend abgestützte Stimme.	

				Das Gesundheitswesen kann unserer Meinung nach nur durch Aktionsfähigkeit und Wettbewerbsdruck qualitativ hochstehend bleiben und (kosten-)effizienter werden. Die medizinischen Fortschritte werden sich in den nächsten beiden Dekaden auf raschem Fuss folgen. Eine Steuerung über Kostenplanung führt zu einer reduzierten Sicht auf die direkten Krankenversicherungskosten und stösst Neuerungen nicht an, sondern schränkt lediglich Bestehendes ein. Das KVG ist in vielen Details ergänzungsbedürftig, in seinen Grundzügen reformbedürftig ist es aber nicht. Die Vorschläge rühren an der Basis des KVG. Es sind keine reinen Kostendämpfungsmassnahmen sondern ein Umbau des Primats. Heute steht die Leistung im Zentrum. Diese wird vergütet. Der Umbau führt dazu, dass die Kosten im Zentrum stehen und daraus Leistungen abgeleitet werden. Die vips ist daher dezidiert der Meinung, dass im Zentrum des KVG auch in Zukunft Wirksamkeit und Zweckmässigkeit einer Leistung stehen müssen. Darauf basierend wird das medizinisch im Einzelfall Angezeigte so vergütet, dass wir es uns leisten können. Das fortwährende Ringen um die Preise der wirksamen und zweckmässigen Leistungen ist unumgänglich. Aber die Preis- bzw. Kostensetzung als Ausgangspunkt stellt eine grosse Gefahr für die «Einklassenmedizin» dar. Und wenn die Einklassenmedizin fällt, dann fällt einer der wichtigsten Garanten einer mittelständischen, tüchtigen, solidarischen und lebenswerten Schweiz.	

				Zielvorgaben verhindern Innovationen und beschränken den Zugang. Insbesondere in Verbindung mit der Einführung einer Erstberatungsstelle ist die Zielvorgabe eine äusserst kritische Kombination und führt zu Qualitätsverschlechterungen und Rationierung. Bevor neue einschränkende Massnahmen getroffen werden, sind Fehlanreize in der Finanzierung des Gesundheitssystems zu beseitigen.	
	14 14ter E-IVG			**Arzneimittel im IVG** Diese Massnahme unterstützen wir, allerdings mit gewissen Einschränkungen. Wir sind für eine möglichst optimale Abstimmung zwischen Spezialitätenliste und der neuen IV-Arzneimittelliste. Es ist aber unerlässlich, dass sich die Umsetzung der WZW-Kriterien bei der Führung einer Arzneimittelliste unter IVG von der Umsetzung der WZW-Kriterien unter KVG unterscheiden darf. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im Hinblick auf die Eingliederung und den Beitrag zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung der betroffenen Versicherten zu beurteilen. Im Vordergrund stehen die Teilnahme Betroffener am gesellschaftlichen Leben und damit einher gehend die Verbesserung der Lebensqualität sowie eine Entlastung der betreuenden Personen. Der Seltenheit von Erbkrankheiten und Geburtsgebrechen ist Rechnung zu tragen. Die grösstmögliche Solidarität im gesamten Sozialversicherungswesen muss den Patienten mit Einschränkungen und ihren Familien gehören. Wir begrüssen Änderungen in der Invalidenversicherung, die die Vergütung von Arzneimitteln besser regeln und die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen auch dort.	

				Ein Kostengünstigkeitsprinzip hat aber gerade hier keinen Platz. Dass haushälterisch mit den Ressourcen umgegangen werden muss, versteht sich bereits grundsätzlich. Auch hier geht es um den deklaratorischen Effekt, der ausgelöst wird, indem man in einem Bundesgesetz betreffend kranke Menschen darlegt, es gehe bei deren Versorgung um Kostengünstigkeit. Günstig ist eine qualitativ gute Leistung nie zu haben. Nur die beste Versorgungsqualität bringt gegenüber Kindern mit Erbkrankheiten und Geburtsgebrechen genügend Solidarität. Zusammenfassend unterstützen wir die vorgesehenen Neuregelungen im Sinne einer möglichst optimalen durchgehenden Patientenversorgung. Es darf keine Therapievorenthaltungen, keine Therapieverzögerungen und keine Therapieunterbrüche geben. Das Wohl des Patienten steht für uns im Zentrum.	
	M33			**Verworfene Massnahmen** **Einführung Beschwerderecht** Den Verzicht des Bundesrates auf Einführung des Beschwerderechts gegen Verfügungen des BAG in Bezug auf die Beurteilung von Arzneimitteln unterstützen wir – im Sinne eines möglichst effizienten Zugangs der Patienten zur medizinischen Versorgung.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation :Vereinigung Kinder- und jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : VKJC

Adresse : c/o Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch MBA LL.M. (Präsident), Dr. med. Angelo Bernardon (Vizepräsident)

Telefon : 058 8564500

E-Mail : christoph.gitz@swissmentalhealthcare.ch

Datum : 10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VKJC	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Allerdings sind die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziel vorgesehenen Massnahmen planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Wir sprechen uns zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und stehen für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
VKJC	**Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs** Aus Sicht der institutionellen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche) ab 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle KJ-psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle KJ-psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall einschränken. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenzen zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und somit keine sachgerechte Triage vorzunehmen können. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Weiterbildung und Fachexpertise.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bei Menschen mit einer psychischen Krankheit, gerade bei komplexen psychotischen und chronifizierten Krankheiten unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zum Arzt. Der vorliegende Entwurf führt zu höheren Hürden für die psychisch erkrankten Menschen und erschwert deren Behandlung durch eine/n Psychiater/Psychiaterin in spezialisierten institutionellen Ambulatorien und in privaten Praxen. - Erstberatungsstellen für ohnehin schon stigmatisierte psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern würden. In der Psychiatrie besteht nachweislich eine starke Unterversorgung (u.a. wegen der Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten/-innen mit schweren und invalidisierenden psychischen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe umgekehrt proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten, daher ist davon auszugehen, dass Erstberatungsstellen eine zusätzliche Hürde für psychisch Kranke sind. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert würden. Längerfristig würde dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung führen. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führen würde, dass möglichst Patienten/-innen, die einen geringen Behandlungsaufwand selektioniert und bevorzugt würden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt würde. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Falls Erstberatungsstellen nicht über eine fachärztliche Kompetenz in der Einschätzung von psychischen Erkrankungen aufweisen würden, würden Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen zunehmen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die behandlungsnotwendigen sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien umgangen bzw. ausgehebelt würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würden die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil das aktuelle (TARMED) und das geplante (TARDOC) ambulante Tarifsystem die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlichen gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und medizinisch-technischer Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen würden und zu einer Segretation zwischen leichteren und komplexeren schweren Krankheitsbildern führen würden. Personen mit schweren, chronischen und invalidisierenden psychischen Erkrankungen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen KJ-psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei Nichteinhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife und Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten würden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen würde. Wir schlagen ein Hybridmodell bestehend aus differenzierten Pauschalen und Einzelleistungsabgeltungen vor, welche die Leistungen von multiprofessionellen Teams in Institutsambulatorien kostenwahr und -deckend abbilden. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Dazu kommt, dass der technische Leistungsanteil (TL) in diesen Tarifsystemen nicht für die Aufgaben und Anforderungen in Institutsambulatorien ausgelegt sind, d.h. sie decken die Kosten nicht, was dazu führt, dass die Kantone die Institutionsambulatorien mit (KVG nicht-konformen) Subventionen in Form von GWL unterstützen müssen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VKJC	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
VKJC	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
				Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, wären grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Diese komplexen Pauschalen kombiniert mit Einzelleistungsabgeltung (Hybridmodell) müssten evidenzbasiert entwickelt und für institutionellen Ambulatorien kostendeckend gestaltet werden. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/ innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig ausgeprägt ist. Insbesondere ist ein Hinderungsgrund die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können. Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und im geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind, schlagen wir ein differenziertes Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen, welche die effektiven Kosten decken.	
VKJC	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und der Kantonzahnärzte der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : VKZS

Adresse : Schuelgass 9 6215 Beromünster

Kontaktperson : Dr. med. dent. Peter Suter

Telefon : 041 932 10 30

E-Mail : info@kantonszahnaerzte.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VKZS	Die Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte übernimmt im Folgenden die Argumentation der Schweizerischen Zahnärztegesllschaft SSO da die grundsätzlichen Kritikpunkte deckungsgleich sind. Das Schweizerische Krankenversicherungsrecht basiert auf den Grundprinzipien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Nur wirksame Therapien, die unter Berücksichtigung von Nutzen und Schaden geeignet sind, deren Erforderlichkeit, Zumutbarkeit sowie die Verhältnismässigkeit des Mitteleinsatzes unter Betrachtung von deren Nutzen und Kosten gegeben sind, sollen bezahlt werden. Damit sind unnötige, unverhältnismässige und unwirksame Therapien ausgeschlossen. Mit anderen Worten sollen nur solche Therapien bezahlt werden, welche für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Sind die Gesundheitskosten zu hoch, so stellt sich primär die Frage, ob Therapien bezahlt werden, welche für die Versorgung der Bevölkerung nicht notwendig sind. Sollte es solche geben, so wäre dort anzusetzen. Das blosse Fordern von Einsparungen führt jedoch zu einer Rationierung der Gesundheitsversorgung bei Leistungen die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Dies widerspricht dem verfassungsmässigen Auftrag der Krankenversicherung, welcher eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität verlangt (Art. 117a BV). Wir setzen uns für ein freiheitliches tarifpartnerschaftliches Gesundheitswesen ein und lehnen deshalb rein kostenorientierte staatliche Eingriffe in die Hoheit der Tarifpartner ab. Es ist nicht ersichtlich, weshalb die Krankenversicherer als Tarifpartner Verträge abschliessen sollten, welche Leistungen abgelten, die den gesetzlichen WZW-Kriterien nicht entsprechen. Nichts anderes hiesse es denn, wenn der Staat zu Gunsten der Versicherten in die Tariffreiheit eingreift. Aus diesem Grund lehnen wir Zielvorgaben für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ab. Ebenfalls abgelehnt wird die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle. Die freie Arztwahl muss gewährleistet bleiben. Das KVG kennt bereits genügend Instrumente, um gegen Leistungserbringer, welche zu hohe Kosten verursachen, vorzugehen. Ein Vorteil einer Erstberatungsstelle gegenüber dem heutigen System der freien Arztwahl ist nicht erwiesen, wählen doch vielmehr Versicherte mit guten Risiken solche Modelle, um Kosten zu sparen. Zahnärztliche Behandlungen sind jedenfalls von der Erstberatung auszunehmen. Die Einführung von Netzwerken als Leistungserbringer ist nebulös. Es ist unklar, wer schlussendlich Leistungserbringer ist. Wer haftet gegenüber dem Patienten. Welche qualitativen Vorgaben müssen solche Netzwerke erfüllen. Wer bestimmt, zu welchen Tarifen die Medizinalpersonen einem Netzwerk Rechnung stellen. Es sollen keine neuen Tarifbestimmungen für Netzwerke geschaffen werden. Alle Leistungserbringer sollen die gleichen Voraussetzungen haben. Die Massnahme ist im Gesetz ungenügend umschrieben und stellt somit keine genügende gesetzliche

	Grundlage dar. Wir befürchten eine Rosinenpickerei der Netzwerke sowie die Einführung der Vertragsfreiheit durch die Hintertür und lehnen diese Massnahme deshalb ab. Die Einführung von Programmen der Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer über den ganzen Betreuungsprozess hinweg kann positive Effekte haben. Diese Programme müssen jedoch auf Freiwilligkeit basieren und dürfen nicht erzwungen werden. Es ist bereits heute so, dass die meisten Patienten sich von ihrem Hausarzt entsprechend steuern lassen. Diese Zusammenarbeit existiert somit bereits in vielen Fällen. Schliesslich lehnen wir den beantragten Eingriff des Staates in die Regelung der elektronischen Rechnungsübermittlung ab. Die Leistungsabrechnung ist regelmässig Teil der Tarifverhandlungen. Nur die Tarifpartner als direkt betroffene können dafür garantieren, dass die getroffenen Lösungen verhältnismässig und umsetzbar sind. Das Abrechnungssystem funktioniert seit Jahren gut und es besteht kein Anlass für staatliche Eingriffe.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21			Der Zugriff auf die Daten einzelner Versicherter und einzelner Leistungserbringer ist zur Umsetzung der Krankenversicherung nicht notwendig. Wenn der Staat Daten sammelt, die zur Aufgabenerfüllung nicht notwendig sind, so verletzt er damit die Grundregeln des Datenschutzes.	Antrag: Auf die Anpassung von Art. 21 ist zu verzichten.
	32	3		Das bestehende funktionierende tarifpartnerschaftliche Kontrollsystem gemäss Art. 56 KVG soll nicht durch staatliche Eingriffe mit alleinigem Ziel der Kostenersparnis ersetzt werden. Zudem hat der Bundesrat schon heute genügend Eingriffsmöglichkeiten. Eine Überregulierung braucht es nicht.	Antrag: Auf die Anpassung von Art. 32 Abs. 3 ist zu verzichten.
	35	2	o	Wie nachfolgend ausgeführt wird, lehnen wir die Einführung von Netzwerken als neue Kategorie von Leistungserbringern ab.	Antrag: Art. 35 Abs. 2 ist ersatzlos zu streichen.
	36b			Es ist unklar, wer schlussendlich Leistungserbringer ist. Wer haftet gegenüber dem Patienten. Welche qualitativen Vorgaben müssen solche Netzwerke erfüllen? Wer bestimmt, zu welchen Tarifen die Medizinalpersonen einem Netzwerk Rechnung stellen? Es sollen keine neuen Tarifbestimmungen für Netzwerke geschaffen werden. Alle Leistungserbringer sollen die gleichen Voraussetzungen haben. Die Massnahme ist im Gesetz ungenügend umschrieben und stellt somit keine genügende gesetzliche Grundlage dar. Wir befürchten eine Rosinenpickerei der Netzwerke sowie die Einführung der	Antrag: Art. 36b ist ersatzlos zu streichen.

				Vertragsfreiheit durch die Hintertür und lehnen diese Massnahme deshalb ab.	
	40a-d, Art. 41 und 41a			Das Volk hat im Jahr 2012 die Einführung von «managed-care-Modellen deutlich abgelehnt. Diese sollen nun neu eingeführt werden. Wir sprechen uns gegen die obligatorische Einführung einer Erstberatungsstelle aus. Solche Modelle sind bereits heute freiwillig möglich. Kosteneinsparungen sind nicht erwiesen und basieren primär auf Risikoselektion. Wie bereits oben ausgeführt, lehnen wir die Einführung von Netzwerken als Leistungserbringer aus den genannten Gründen ab. Die freie Arztwahl muss gewährleistet bleiben. Zahnärztliche Behandlungen sind jedenfalls von der Erstberatung auszunehmen.	Antrag: Die Art. 40a-c sowie die Anpassungen von Art. 41 und 41a sind ersatzlos zu streichen.
	42	3ter		Wir lehnen diesen Eingriff in die Vertragsfreiheit ab. Die Vertragsparteien haben diese Frage schon längst geregelt. Sie berücksichtigen dabei sinnvolle Synergien. Der Staat hat nicht die notwendige Kompetenz die Abrechnungsmodalitäten zu Regeln.	Antrag: Der Anpassungsvorschlag ist ersatzlos zu streichen.
	48a			Wir lehnen die Einführung von Pauschalbudgets ab. Diese führen zu Leistungsrationierungen, sobald das Budget ausgeschöpft ist. Der Wettbewerb soll qualitativ stattfinden und nicht über Billigleistungen zu Lasten des Patienten. Aus den bereits genannten Gründen lehnen wir die Einführung von Netzwerken als Leistungserbringer ab.	Antrag: Art. 48a ist ersatzlos zu streichen.
	52c			Diese Bestimmung steht im Widerspruch zu Art. 56 HMG welche für die Transparenz im Heilmittelbereich steht. Diese Geheimabkommen widersprechen dem Prinzip von Treu und Glauben, verletzen das Willkürverbot und sind somit abzulehnen.	Antrag: Art. 52c ist ersatzlos zu streichen.

	54,54a-e und 55			Zielvorgaben sind mit Rationierungen verbunden. Wie sollen die Patienten versorgt werden, wenn die Zielvorgabe der Kostenentwicklung erreicht ist? Dieses System führte in anderen Ländern dazu, dass Patienten auf eine Behandlung warten müssen. Wer privat versichert ist, wird zuerst behandelt. Das nennt man Zweiklassenmedizin. Wir lehnen deshalb die Einführung von Globalbudgets ab.	Antrag: Die Anpassung von Art. 54 sowie die neuen Art. 54a-e sind zu streichen.
	64	Abs. 7	b	Die Leistungen der Zahnärzte sind auf Fälle begrenzt, welche nicht durch Eigenverantwortung der Patienten vermieden werden können. Diese Leistungen sind somit analog vom Selbstbehalt zu befreien.	Antrag: Art. 64 Abs. 7 lit. b ist wie folgt zu ergänzen: …Folgende Leistungen sollen, zeitlich befristet, von der Kostenbeteiligung befreit sein: … - zahnärztliche Behandlungen (Art. 31) …
	64	Abs. 7	c	Da wir die Erstberatungsstellen ablehnen, ist auch Art. 64 Abs. 7 lit. c zu streichen	Antrag: Art. 64 Abs. 7 lit. c ist zu streichen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

A-Post:

Herr Bundesrat
Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgerstrasse 165
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 3000
3000 Bern 15

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01
F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Bern, den 1. Oktober 2020

Vernehmlassung Teilrevision KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) hat sich mit dieser weiteren Kostensparvorlage befasst. Zunächst verweisen wir in grundsätzlicher Hinsicht auf unsere Stellungnahme zur gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates 2020-2030 vom 26. März 2020. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik** besteht nach Auffassung des VLSS darin, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern in erster Linie **ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen**. Der bessere Schutz der Bevölkerung gegen und bei Epidemien und eine entsprechende Verbesserung der Epidemiengesetzgebung, der Impfvorschriften sowie der möglichen Massnahmen, welche der Bund und die Kantone in einer solchen Situation koordiniert treffen können müssen, gehören dazu.

Der VLSS spricht sich damit ganz grundsätzlich **gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele** und gegen eine schleichende Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung, Planung und Globalbudgetierung aus. **Die unweigerliche Folge wäre die Implementierung einer Zweiklassenmedizin**. Der VLSS war und ist weder mit der Zusammensetzung der „Expertenkommission Kostendämpfungsmassnahmen“ noch mit dem **Expertenbericht vom 24. August 2017** an sich, der **im Ausland begangene Fehler für die Schweiz zur Wiederholung vorschlägt**, jemals einverstanden.

Unsere **wiederholten Versuche, die Expertinnen und Experten zu einer Mitgliederversammlung einzuladen und mit ihnen in einen Dialog zu treten**, sind an einer nicht nachvollziehbaren Verweigerungshaltung gescheitert. Der VLSS bietet eine **aktivere Zusammenarbeit mit dem Bundesrat, dem EDI und dem BAG** an, stösst aber bisher auf keine Resonanz, denn in der Vergangenheit haben z.B. auch die unsererseits angefragten Beamten des BAG alle möglichen Teilnahmen an Veranstaltungen des VLSS als Referentinnen oder Referenten stets abgesagt.

I. Allgemeine Bemerkungen zu den Kostendämpfungspaketen 1 und 2

Der Bundesrat beabsichtigte offensichtlich bereits mit dem Kostendämpfungspaket 1, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor allem im ambulanten Bereich anzupassen. Direkter Ansatzpunkt der Kostendämpfungspakete ist der Arzttarif, und damit indirekt das über den Tarif erzielbare Einkommen unserer Mitglieder. Mit einem nationalen Tarifbüro, worüber sich diskutieren lässt, mit ersatzweiser behördlicher Tariffestsetzung und mittels Einführung ambulanter Tarifpauschalen, was ebenfalls diskutabel erscheint, droht die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende Tarifpartnerschaft (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr abgeschafft werden. Inskünftig sollen die „Tarifpartner" u.a. verpflichtet werden, tarifvertraglich eine „gerechtfertigte Kostensteigerung" zu definieren, bei deren Überschreitung der Tarif korrigiert werden müsste. Ersatzweise würde die Tarifkorrektur behördlicherseits verfügt, sofern sich die Tarifpartner weigern würden, dies umzusetzen.

*E*Art. 47c Abs. 6 KVG würde somit bereits im Rahmen einer möglichen Umsetzung des Kostendämpfungspaketes 1 zur Einführung eines verpönten **Globalbudgets** führen, welches **über degressive Tarife** umgesetzt werden müsste. In der Analyse der Wirkungen wie auch der unerwünschten Nebenwirkungen sind degressive Tarife den Globalbudgets zuzuordnen. Nur allzu leicht könnte stattdessen auch unter der Ägide des vorgesehenen **Experimentierartikels** für mehrere Jahre ein Globalbudget zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich in vergleichbarer Art und Weise drohen. Und dies wohlgemerkt unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischen Legitimität sowie für einen längeren Zeitraum.

Auch das Kostendämpfungspaket 2 und die CVP-Initiative beinhalten Globalbudgets. Ob die Holzhammermethode der CVP angewendet würde, welche eine **Kostenbremse** bei einer Überschreitung der Steigerungsrate der OKP-Kosten um 20% im Vergleich zur Nominallohnentwicklung während zwei Jahren verlangt, **oder** ob **für die ganze OKP und einzelne Kostenblöcke ähnliche Kostenziele** definiert werden, ist eher nebensächlich. Das Gesundheitswesen würde mit Globalbudgets, namentlich auch im ambulanten Bereich, auf den Kopf gestellt, würde es doch dann attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln. Dies wiederum würde bei einer diesen neuen Anreizen entsprechenden Verschlechterung der ambulanten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bald zu einer erheblichen Mehrbelastung der Spitalnotfallpforten führen, und gleichzeitig zusätzliche Qualitätssicherungsmassnahmen für den ambulanten Bereich notwendig machen. Wegen der zu befürchtenden Verzögerung wichtiger Behandlungen, und angesichts des mit dem neuen Versorgungssystem verbundenen administrativen Mehraufwands im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen, würde das Gesundheitswesen so sicher nicht günstiger. Es würde weniger Geld für die Patientenbehandlung und mehr Geld für die Administration eingesetzt.

Alle Globalbudgets müssen bekämpft und mit Abstimmungsreferenden vors Volk gebracht werden, weil sie tendenziell zu Unterversorgung, vor allem der in den Heimen lebenden oder auf Ergänzungsleistungen angewiesenen, betagten Patientinnen und Patienten, und zu ungerechten Ergebnissen, wie z.B. Zweiklassenmedizin, führen. Denn letztendlich geht es dabei um Einsparungen zugunsten der gesunden Prämienzahler, welche sich automatisch zum Nachteil der kranken Patientinnen und Patienten auswirken. **Das Arzt-Patientenverhältnis wird untergraben**, wenn der Arzt via Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln. Es **widerspricht dem hippokratischen Eid**, wenn sich die Ärztin oder der Arzt nicht mehr unabhängig für eine nach sorgfältiger Evaluation aller Gegebenheiten individuell abgestimmte, möglichst optimale Behandlung seiner Patientin oder seines Patienten einsetzen kann. Wir befürchten dabei wie gesagt auch eine zusätzliche Verlagerung von „Notfallbehandlungen" in den Spitalbereich wie auch erhebliche Mehrkosten im ambulanten und stationären Bereich, wenn sich Patientinnen und Patienten zu spät behandeln lassen.

Der Bundesrat würde, obwohl er dies kaum bewusst beabsichtigen dürfte, mit der Umsetzung der Globalbudgets der Kostendämpfungspakete 1 und 2 den freien Berufsstand der praktizierenden Ärzteschaft im Wesentlichen abschaffen. Sei es via Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch

Schaffung von **sog. Erstanlaufstellen**. **Obwohl das Volk die „Managed Care-Vorlage“ klar abgelehnt hat**, werden in der jetzigen Vernehmlassungsvorlage erstaunlicherweise erneut ähnliche Vorschläge vorgebracht und sogar noch verschlimmert. Die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte würden damit in zwei Gruppen aufgeteilt. Wer als Erstanlaufstelle qualifiziert, würde von einer **jährlichen Kopfpauschale** nicht pro Patient, sondern **pro jede versicherte Person** profitieren, welche ihn als Erstanlaufstelle wählt. Dies unabhängig davon, ob die bei ihm eingeschriebenen Versicherten überhaupt eine Behandlung benötigen. Das Nichtbehandeln würde belohnt, und wer eine solche Erstanlaufstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Mit Werbung möglichst viele Versicherte zu gewinnen, würde äusserst lukrativ. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstanlaufstelle qualifizieren, könnten dann, mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstanlaufstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen.

Hausärzte und Grundversorger wären inskünftig faktisch (via ihre Versicherte und deren Kopfpauschalen) bei der OKP angestellt - indessen ohne effektiv alle wesentlichen Vorteile eines Angestellten zu geniessen. Das Zückerchen könnte damit rasch zur bitteren Pille werden. Nur noch **„Gatekeeper-Arzt“** oder **„Zetteli-Arzt“** zu sein, mit abnehmenden ärztlichen Befugnissen und gleichzeitig stets abnehmendem Jahreseinkommen, wäre bald nicht mehr so attraktiv wie angedacht. Und wenn Patientinnen und Patienten ihren Spezialarzt ohne Ermächtigung der Erstanlaufstelle nicht mehr direkt aufsuchen dürften, würden gleichzeitig auch die praktizierenden Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Weil sich der **VLSS gegen jede Rationierung im Rahmen der OKP** wehrt, spricht er sich hiermit auch dezidiert gegen die vorgesehene Erstanlaufstelle aus.

Der VLSS ist nur gegen ein derartiges Obligatorium der eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer. Die **Versicherten** sollen selbstverständlich weiterhin das Recht haben, **freiwillig besondere Versicherungsformen** mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder (neu) auch ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung zu wählen.

II. Zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

*E*Art. 21 (Datenweitergabe und Statistiken)

Wir setzen ein Fragezeichen hinter die Idee, in der Transparenz über die Qualität und Kosteneffizienz der erbrachten Leistungen und im Sammeln von Daten sowie im Mehrfachsammeln der gleichen Daten für verschiedene Behörden ein Allerheilmittel finden zu wollen. Die Datenerhebung sollte generell und zentral durch das BFS erfolgen.

Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht vom BAG indessen nicht angegeben zu werden. Wir bezweifeln insbesondere, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden, und dass das BAG die Anonymität dann wirklich wahren könnte und würde.

*E*Art. 23, 25 Abs, 2, 32 Abs. 3 und 33 Abs. 3bis

Keine Bemerkungen.

*E*Art. 35 Abs. 2 lit. o und Art. 36b (Netzwerke zur koordinierten Versorgung)

Die Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ ist zwar grundsätzlich zu befürworten. Die Betriebsauflagen, welche der Gesetzgeber hier aufstellen soll, gehen indessen u.E. viel zu weit. Es kann doch nicht sein, dass auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau

die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Zum Schluss wird der Bundesrat wohl auch noch die Löhne vorschreiben wollen. Damit wird die Attraktivität, entsprechend zu investieren, um ein Netzwerk der koordinierten Versorgung anbieten zu können, von vornherein unnötig herabgesetzt.

***E*Art. 40a, b, c und d (Erstberatungsstelle)**

Jede versicherte Person müsste künftig einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle übernimmt. Dafür kommen primär Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztin oder praktischer Arzt in Frage. Zudem gemäss den Übergangsbestimmungen auch, wer mindestens währen zwei Jahren vor dem Inkrafttreten der Revision in der medizinischen Grundversorgung tätig war und sich die spezifischen hausärztlichen Kenntnisse anderweitig erworben hat. Die Kantone müssten eine kantonale Liste der Erstberatungsstellen führen und die Versicherer müssten Nichtanschlusswillige zwangsweise einer Erstberatungsstelle zuordnen. Der Bundesrat müsste auch den Wechsel der Erstberatungsstelle auf Verordnungsstufe regeln.

Der **VLSS** spricht sich wie gesagt **klar gegen einen derartigen Zwang** und **gegen diesen Eingriff in die Behandlungsfreiheit zu Lasten der Patientinnen und Patienten** aus. Die Erstanlaufstelle würde inskünftig insbesondere entscheiden, ob eine Behandlung überhaupt notwendig ist, sowie ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer (Spezialist) gelangen darf, und könnte bzw. würde sich dabei wohl auf immer mehr Beratung konzentrieren oder beschränken (z.B. mehr Telefonkonsultationen, E-Mail-Beratung, Zoom-Medizin, Telemedizin, etc.). Einzig für die Fachärzte für Ophthalmologie und Gynäkologie könnte der Bundesrat zudem gemäss Vortrag „möglicherweise“ eine Ausnahme vom Erfordernis der Überweisung formulieren.

Der **Bundesrat** würde darüber hinaus auch noch genau festlegen, **welche Leistungen der Erstberatungsstelle** mit der Kopfpauschale abgegolten werden, und vor allem, **wie hoch die jährliche Kopfpauschale** sein soll. Die Kopfpauschale beinhaltet ein **prospektives Globalbudget**. Dies wäre dann Staatsmedizin in Reinkultur. Und die vorgängige Anhörung der „Tarifpartner“ würde angesichts der Machtverhältnisse zu einer blossen Farce und Alibiübung verkommen. Alleine die übrig bleibende freie Wahl des Leistungserbringers (Spezialisten) nach erfolgter Überweisung durch die Erstberatungsstelle wird den Patienten wenig nützen.

***E*Art. 41, 41a und 41b**

Der VLSS befürwortet die vorgeschlagene Präzisierung, wonach sich die Referenztarife der Kantone für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital richten sollen, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

Ansonsten keine Bemerkungen.

***E*Art. 42 Abs. 3ter (elektronische Übermittlung der Rechnungen an Versicherer)**

Es dürfte immer noch einzelne praktizierende Ärztinnen und Ärzte geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssten – falls gewünscht – Abrechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. Dementsprechend erachten wir die Regelung als zu rigid. Es ist indessen durchaus vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner darüber nicht innert nützlicher Frist einigen.

***E*Art. 42a (Versichertenkarte), 48a, 52 Abs. 1, 52b, 52c und 53 Abs. 1**

Keine Bemerkungen.

***E*Art. 54, 54a, 54b, 54c, 54d und 54e („Kostenziele“ bzw. OKP-Globalbudgets)**

Das Kernstück der Vorlage will der OKP Kostenziele und damit Globalbudgets auf allen Ebenen vorgeben. Und zwar zunächst auf Stufe Bund/gesamte OKP-Kosten, indem der Bundesrat gestützt auf eine neue „eidgenössische „Superkommission“ für Kostenziele“ vorgibt, um wieviel diese OKP-Kosten pro Jahr gesamtschweizerisch insgesamt steigen dürfen. Er kann und soll darüber hinaus die Gesamtsteigerungsrate unterschiedlich umsetzen bzw. das Kostenziel beliebig auf die einzelnen Kostenblöcke verteilen.

Anschliessend erfolgt die Festlegung entsprechender Kostenziele pro Kanton inkl. einer einheitlichen Toleranzmarge, um welche von der kantonalen Gesamtzielvorgabe abgewichen werden kann. Die Kantone regeln ihre eigenen Ziele pro Kostenblock und können weitere Kostenblöcke definieren (sic!). So könnte zum Beispiel in einem Kanton inskünftig auch der Kostenanstieg pro Fachgesellschaft, und je nach Fachgesellschaft dann auch unterschiedlich, festgelegt werden.

Für jeden erdenklichen Kostenblock könnte also inskünftig relativ **willkürlich eine individuelle Globalbudgetvorgabe** erfolgen. Dies wäre Planwirtschaft in Reinkultur. Das Anhörungsrecht der Versicherer und der Leistungserbringer vor der Festlegung der Globalbudgets wird dabei den Leistungserbringern sicher kaum dabei helfen, höhere Globalbudgets zu verhandeln. Es würde sich also eher um nicht verhandelbare staatliche Planvorgaben handeln.

Auf die drohenden Sanktionen (Tarifsenkungen, degressive Tarife oder differenzierte Tarife je nach Fachrichtung), sowie insbesondere auf die Schwerfälligkeit eines solchen Systems, gehen wir hier nicht nochmals ein.

Der VLSS lehnt die Vorlage inkl. aller vorgesehenen Globalbudgets und Globalbudgetvarianten sowieso ab, und falls das Parlament solchen Lösungen zustimmen sollte, müsste sich das Stimmvolk dazu äussern.

Eine **Salamitaktik des Gesetzgebungsprozesses**, **mit** zeitlich etappierten, **immer wieder neuen Globalbudgetvorlagen**, würde im schlimmsten Fall lediglich dazu führen, dass mehrmals über Ähnliches abgestimmt werden müsste. Die Schweizer Ärzteschaft ist sicher, dass unsere Bürgerinnen und Bürger eine derartige **Verschlechterung der Gesundheitsversorgung via Globalbudgets** in jeder Schattierung dezidiert ablehnen werden. Gleiches gilt für die geplante **Aufhebung der freien Arztwahl**.

Mit freundlichen Grüssen

VEREIN DER LEITENDEN SPITALÄRZTE DER SCHWEIZ

Der Präsident

Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Der Geschäftsleiter

Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:
- FMH
- KKA
- VEDAG
- VSAO Schweiz
- Hausärzte Schweiz mfe
- SGV
- GDK und H+
- santésuisse und curafutura

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler

Abkürzung der Firma / Organisation : VNS

Adresse : Postfach 4540, 4002 Basel

Kontaktperson : Susanne Rodewald

Telefon : 076 680 34 10

E-Mail : info@vns-nw.ch

Datum : 7.12.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 7

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 8

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	**Allgemeine Bemerkungen** Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Mit ihren rund 27 Mitgliederspitälern vertritt die VNS die Interessen der Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und Psychiatrischen Kliniken in der Nordwestschweiz aus fünf Kantonen (BS, BL, AG, SO, JU). Die VNS begrüsst grundsätzlich Bestrebungen, welche das Rationalisierungspotential ausschöpfen um die Kostenentwicklung in der OKP auf das medizinisch begründete Mass zu beschränken und dadurch den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Die Frage stellt sich jedoch wie und mit welchen Instrumenten das Ziel der Kostendämpfung erreicht werden soll. Die VNS weist die Vorlage als Ganzes zurück, da sie weder die Effizienz noch die Qualität der Leistungserbringer fördert. Innovationen werden durch eine starke Zunahme der Bürokratie und Prozesse abgebremst. Es gibt keine Beweise, dass in jenen Kantonen, welche bereits Globalbudgets eingeführt haben, eine Kostendämpfung ersichtlich ist. Aus rechtlicher Sicht ist zu kritisieren, dass das Massnahmenpaket 2 mit gesetzgeberischem Charakter nicht koordiniert ist mit den KVV Vorlagen «Planungskriterien und Tarifermittlung» sowie «Qualität und Wirtschaftlichkeit». Die Vernehmlassungen dazu sind bereits im ersten Halbjahr erfolgt, obwohl sie gesetzgeberische Bestimmungen aus dem Massnahmenpaket 2 enthalten. Nachfolgend die wichtigsten Kritikpunkte aus Sicht der VNS:
	Die Einführung von Globalbudgets als Massnahme auf der Makroebene ist nicht zielführend und nachhaltig, da man mit diesem Instrument nur auf eine kurzfristige und politisch motivierte «Kostenbeschränkung» bei den Leistungserbringern abzielt. Die Zeitklassenmedizin würde dadurch gefördert, die Patienten zunehmends verunsichert. Innovationen in neue Behandlungsmethoden würden abgebremst. Zudem wird im aktuell Gesundheitssystem nicht berücksichtigt, welche Behandlungsmassnahmen (insbesondere Eingriffe, Diagnostik, Therapien) bereits heute präventiv erfolgen um Spätfolgen zu vermeiden (langfristiger Ansatz). Zu denken ist hier insbesondere auch an die psychiatrischen Behandlungen. Die demografische Entwicklung und die zunehmende Multimorbidität im hohen Alter, die Zunahme an chronischen Erkrankungen bleiben eine grosse Herausforderung für unser qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem. Globalbudgets würden die Qualität eher verschlechtern. Die VNS vertritt die Haltung, dass die Förderung von medizinisch wirksamen und zweckmässigen Leistungen vielmehr durch das Setzen richtiger Anreize und durch die Stärkung von Ergebnistransparenz und Indikationsqualität erreicht werden sollen.

	Damit Fehlanreize in der Finanzierung behoben werden können und «ambulant vor stationär» voranschreiten kann, braucht es nun dringend eine Umsetzung von EFAS und eine Tarifpolitik, welche die Problematik der nicht kostendeckenden Tarife sowohl im stationären OKP-Bereich als auch im ambulanten Bereich korrigiert. Die Gesundheitspolitik ist widersprüchlich: Der administrative Aufwand für die Spitäler hat wegen regulatorischen Massnahmen (u.a. Qualitätssicherungsmassnahmen, EPD, Dokumentation, Ausbildungsleistung u.a.) stetig zugenommen. Gleichzeitig wird der Kostendruck auf die Spitäler von Bund und Kantonen laufend erhöht. Gerade die Covid-19 Krise zeigt nun leider, dass die Spitäler wegen des Behandlungsverbots in der ersten Welle für ihre Ertragsausfälle weiter bluten müssen, da sich Bund und Kantone (noch) nicht über diese Entschädigungsfrage einigen konnten.
	Zukunftsorientierte Gesundheitspolitik: Eine Kosten-Nutzen-Diskussion im Zusammenhang mit dem Ziel einer Dämpfung der Gesundheitskosten müsste viel stärker in den Fokus rücken. Es braucht im Gesundheitssystem eine Gesamtsicht, welche den volkswirtschaftlichen Nutzen von Eingriffen und Behandlungen einschliesst. Bis anhin trug die Gesundheitspolitik diesen Aspekten kaum Rechnung. Direkte Kosten bei den Gesundheitsausgaben können Einsparungen von indirekten Kosten in anderen Bereichen bewirken, z.B. weil die Patientin bzw. der Patient die Arbeitsfähigkeit rascher oder generell wiedererlangen kann oder von einer besseren Lebensqualität profitiert und länger selbständig ist. Es fehlen diesbezüglich aber Daten und Studien. Im schweizweiten Vergleich ist es daher z.B. nicht möglich aufzuzeigen, ob es einer kantonalen Bevölkerung mit niedrigerer Hospitalisationsrate für bestimmte Eingriffe gleich gut bzw. schlechter geht als der Bevölkerung in einem Kanton mit einer höheren Hospitalisationsrate. Die Entscheidung für oder gegen einen Eingriff erfolgt grundsätzlich nach medizinischer Beurteilung durch den Facharzt, wobei diese Entscheidung auf dem neusten Wissensstand gründen sollte und die Entscheidung für einen Eingriff nach umfassender Information durch die Fachärztin bzw. den Facharzt schlussendlich bei der Patientin bzw. beim Patienten liegt (informed consent). Dies Aktionen betreffen eine Mikroebene, welche nicht durch Massnahmen auf der Makroebene mit einem Globalbudget gelöst werden sollten. Die Indikationsqualität sowie HTA wird in Zukunft eine bedeutendere Rolle spielen müssen. Diese wurden aber auf Bundesebene erst seit 2015 vorangetrieben. Zudem fehlt nach wie vor eine Operationalisierung der WZW Kriterien, als wichtigster Schlüsselbegriff im KVG.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21	2		Die Kostendaten und somit auch die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind dadurch völlig transparent und offen. Der Datenschutz nicht gegeben. Allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der einzelnen Leistungserbringer müssten die Daten anonymisiert werden.	Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten **und der Leistungserbringer** gewahrt ist.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	32	3		Dies ist eine Überregulierung bzw. eine Übersteuerung im System. Das Verhandlungsprimat zwischen Leistungserbringern und Versicherern wird unterlaufen. Zudem erfolgt eine Überprüfung schon jetzt durch die Kantone im Rahmen des nationalen Benchmarkingverfahrens von GDK und Bund.	streichen
	40a	3	b	Erstberatungsstelle: Wir sehen im gesetzlichen Zwang keinen Zusatznutzen, da bereits heute schon über 70% der Versicherten das Hausarztmodell gewählt haben. Ambulatorien und Polikliniken in den Spitälern leisten bereits heute einen wesentlichen Anteil in der Grundversorgung. Dies insbesondere in städtischen Zentren mit einer hohen Migrationsbevölkerung. Des weiteren verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+.	Art. 40a Abs. 1-3 streichen Eventualiter ergänzen in Abs. 3 mit Bst. d: Ambulatorien von Spitälern und Kliniken sowie Polikliniken.

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale aufgrund der Durchschnittskosten ist ökonomisch problematisch. Dies könnte die Zweiklassenmedizin durch eine vermehrte Risikoselektion fördern. Wenn, dann müsste eine Vergütung mittels differenzierter Pauschalen erfolgen.	Art. 40c Abs. 1-4 streichen
	41	3 /3bis		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen widerspricht einer freien Spitalwahl und führt zu einem administrativen Mehraufwand für die Spitäler, Verzögerungen bei der Behandlung und zu grosser Verunsicherung bei den Patienten.	Abs. 3bis streichen
	54ff.			S. auch allgemeine Bemerkungen. Globalbudgets in den Spitälern haben sich bis anhin nicht als probates Mittel bewährt. Mit einem Globalbudget findet eine Übersteuerung des bereits bestehenden Systems (Verhandlungsprimat bei den Tarifen, Genehmigungsprozess der kantonalen Behörden) statt. Die Problematik der bereits bestehenden systembedingten Unterdeckung der OKP-Leistungen bei den Tarifen würde sich für die Spitäler noch verschärfen. Um die Kostenziele zu erreichen wäre eine rasche Umsetzung von EFAS zielführender. Des weiteren verweisen wir auf die ausführliche Stellungnahme von H+ zu den Artikeln 54 bis 54d, welche wir so unterstützen.	Art. 54 Kostenziele streichen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

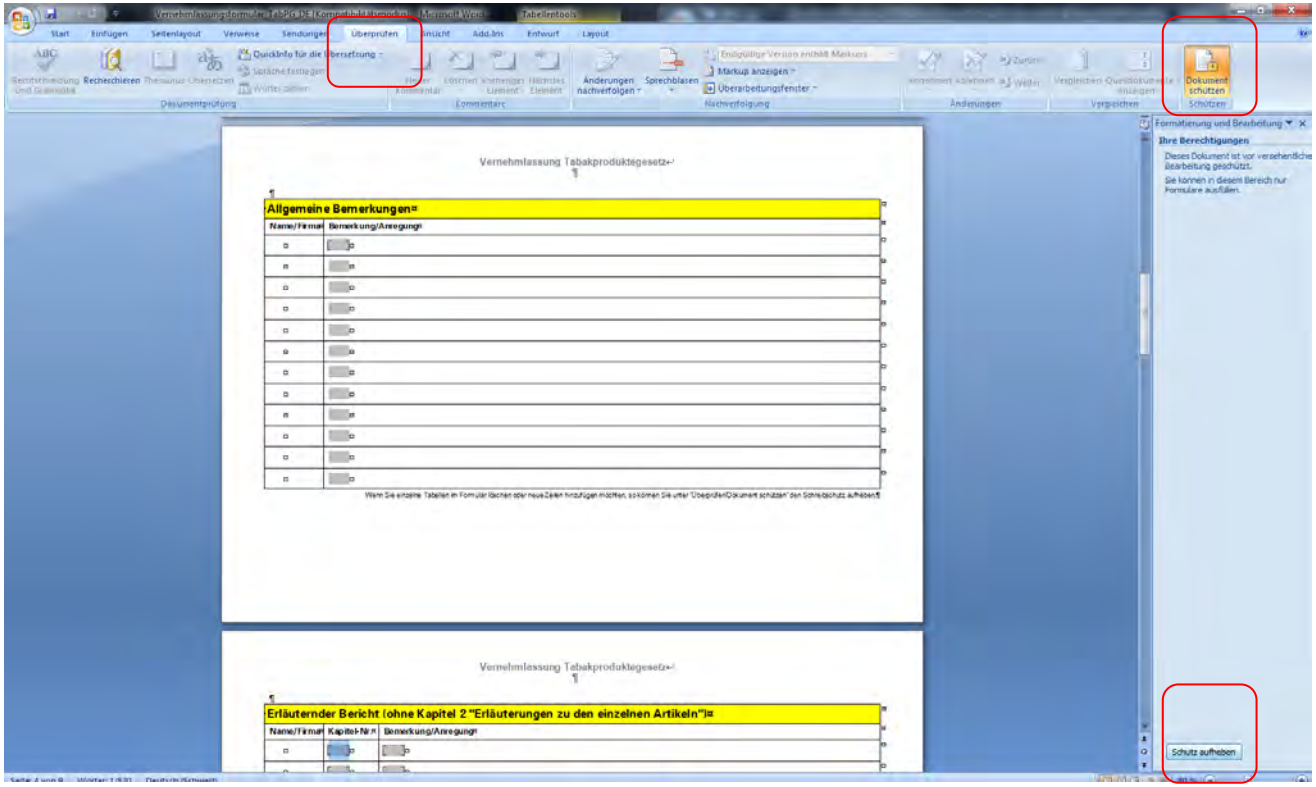
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

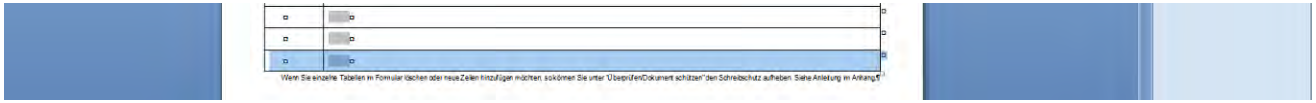
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



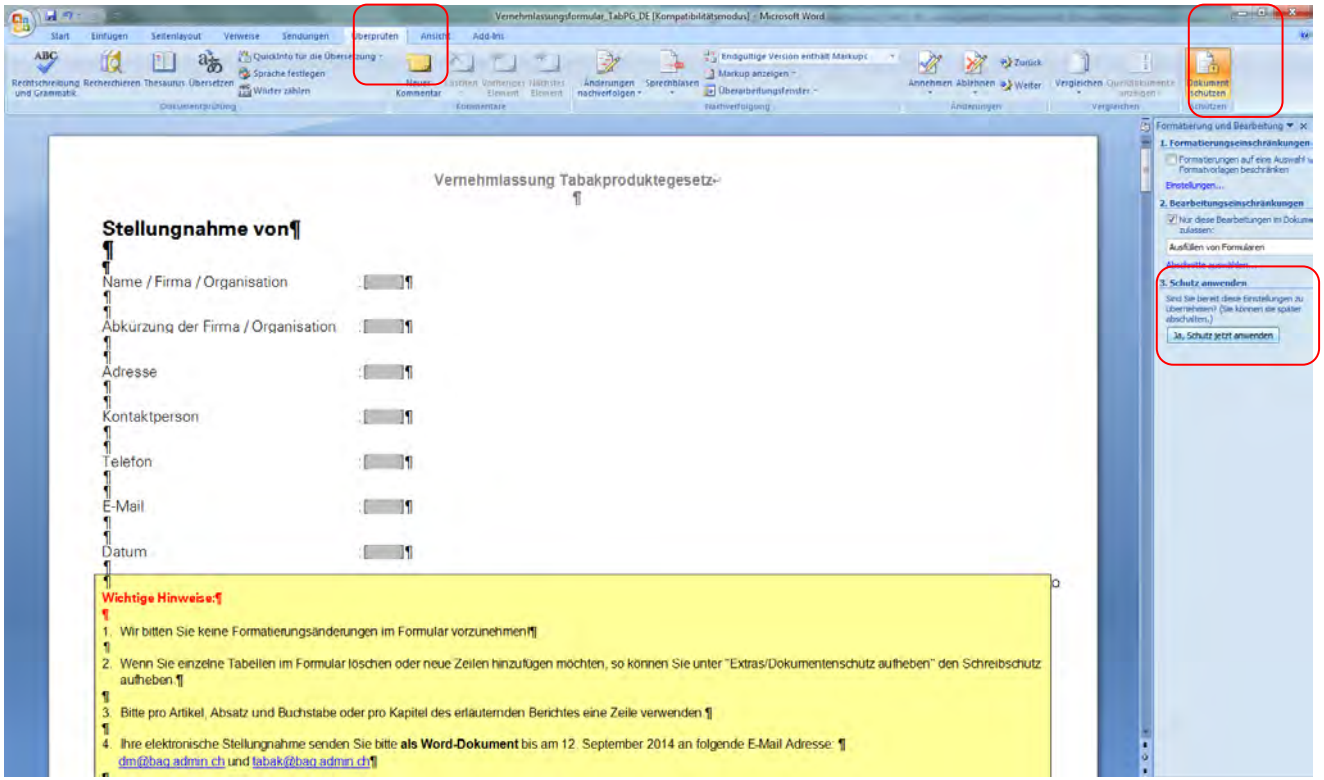
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Dr. med. Andreas Volz :

Dermatologie am Rhein

Blumenrain 20, 4051 Basel

s.o. :

061 261 68 88 :

dermatologie-am-rhein.ch :

15.11.2020 :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Als Arzt trage ich durch engagierte und differenzierte Behandlungen tagtäglich dazu bei, Kosten einzudämmen: Früherkennung erspart teure Krebsbehandlungen. In meiner Arbeit sehe ich leider auch zu späte und zögerliche Behandlungen und befürchte, dass eine staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat zu einer Verschlechterung der Versorgung führt. Gerne verweise ich diesbezüglich auf detaillierte Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Ich lehne die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Ich halte fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in

	welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und

	umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche

	Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Ich bitte Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanke mich für den gebührenden Einbezug meiner Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	

	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	

	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
	54			Ich lehne jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : VPPS

Adresse : Postfach 200, 7408 Cazis

Kontaktperson : Eduard Felber (Präsident) Michael Lehmann (Vizepräsident)

Telefon : 079/ 254 25 26

E-Mail : eduard.felber@pdgr.ch

Datum : 10. Dezember 2020 (wir bedanken uns für die gewährte Fristerstreckung)

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **10. Dezember 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VPPS	Wir unterstützen grundsätzlich, mit kostendämpfenden Massnahmen dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Allerdings sind die im Massnahmenpaket 2 zur Umsetzung dieses Ziel vorgesehenen Massnahmen planwirtschaftlich und interventionistisch und stehen im Widerspruch zum KVG-Ziel eines regulierten Wettbewerbs. Das Massnahmenpaket 2 widerspricht dem im KVG verankerten Grundprinzip der Tarifpartnerschaft. Wir lehnen daher das Massnahmenpaket 2 ab. Wir sprechen uns zur Umsetzung dieses Ziels stattdessen für konstruktive tarifpartnerschaftlich ausgehandelte Lösungen aus und stehen für deren Entwicklung gerne weiterhin zur Verfügung.
VPPS	**Ablehnung der Hauptpunkte des Entwurfs** Aus Sicht der institutionellen Psychiatrie und Psychotherapie lehnen wir insbesondere folgende vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ab: 1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche) ab 2) Einführung von Kostenzielen Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme von H+ zum Kostendämpfungspaket 2 an. **Begründung der Ablehnung der Hauptpunkte** Wir begründen unsere ablehnende Haltung der beiden vorstehend aufgeführten in Aussicht genommenen Gesetzesänderungen wie folgt: *1) Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien (Art. 40a)* Die Einführung von Erstberatungsstellen als Gatekeeper für die Überweisung von versicherten Personen an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und an institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien wird abgelehnt, weil: - Erstberatungsstellen die Wahlfreiheit der versicherten Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall einschränken. - Erstberatungsstellen, wie in Art. 35 vorgesehen, nicht über die fachliche psychiatrische Kompetenzen zur Beurteilung der wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlung von psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen verfügen und somit keine sachgerechte Triage vorzunehmen können. Diese Triage und korrekte Zuordnung zu den teilweise wenig trennscharfen ICD-10 F-Diagnosegruppen erfordert eine langjährige Weiterbildung und Fachexpertise.

	- der direkte Zugang zur Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bei Menschen mit einer psychischen Krankheit, gerade bei komplexen psychotischen und chronifizierten Krankheiten unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zum Arzt. Der vorliegende Entwurf führt zu höheren Hürden für die psychisch erkrankten Menschen und erschwert deren Behandlung durch eine/n Psychiater/Psychiaterin in spezialisierten institutionellen Ambulatorien und in privaten Praxen. - Erstberatungsstellen für ohnehin schon stigmatisierte psychisch kranke Menschen die Hürde noch mehr erhöhen, therapeutische Hilfe zu suchen, und damit die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern würden. In der Psychiatrie besteht nachweislich eine starke Unterversorgung (u.a. wegen der Stigmatisierung; vgl. BASS-Bericht 2016), insbesondere in ländlichen Gebieten, von Patienten/-innen mit schweren und invalidisierenden psychischen Störungen und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Studien weisen unisono nach, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe umgekehrt proportional zum Aufwand abnimmt, den es braucht, um eine Therapie zu erhalten, daher ist davon auszugehen, dass Erstberatungsstellen eine zusätzliche Hürde für psychisch Kranke sind. - durch das Erfordernis des Aufsuchens von Erstberatungsstellen Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen noch mehr als heute stigmatisiert würden. Längerfristig würde dies zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung und nicht zu einer Kosteneinsparung führen. - die Entschädigung der Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person, auf die die Erstberatungsstelle auch Anspruch hat, wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt, dazu führen würde, dass möglichst Patienten/-innen, die einen geringen Behandlungsaufwand selektioniert und bevorzugt würden und eine minimale Anzahl von Beratungen beziehungsweise Behandlungen durchgeführt würde. - vulnerablen Personen sowie chronisch Kranken der Zugang zu Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie erschwert würde, indem Erstberatungsstellen aus Kostengründen (Kopfpauschale) versicherte Personen auch mit schweren psychischen Erkrankungen an psychologische Psychotherapeuten überwiesen würden. Falls Erstberatungsstellen nicht über eine fachärztliche Kompetenz in der Einschätzung von psychischen Erkrankungen aufweisen würden, würden Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen zunehmen. - mit Leistungserbringern in den Erstberatungsstellen ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die behandlungsnotwendigen sozial-, notfall-und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien umgangen bzw. ausgehebelt würden. - die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert würde, da durch deren Entschädigung über eine Pauschale pro versicherte Person Anreize geschaffen würden, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dadurch würden die Finanzierungslücken von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien zusätzlich vergrössert, weil das aktuelle (TARMED) und das geplante (TARDOC) ambulante Tarifsystem die steigende Komplexität und damit den steigenden Aufwand nicht abbilden.

	2) *Einführung von Kostenzielen (Art. 54)* Die Einführung von Kostenzielen wird abgelehnt, weil: - Kostenziele einem staatlichen gedeckelten Globalbudget entsprechen, wobei die Deckelung selbst dann wirksam wäre, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt würden. - Kostenziele die Gesundheitsversorgung verschlechtern würden, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und medizinisch-technischer Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. Zudem entwickeln sich die Gesundheitskosten in der Psychiatrie oft gerade umgekehrt; je schlechter die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. aktuelle Pandemiesituation) umso stärker die Tendenz zu einer Kostenzunahme durch Mehrbeanspruchung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen. - Kostenziele die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigen. - Kostenziele dem Grundsatz einer nachhaltigen qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung widersprechen würden und zu einer Segretation zwischen leichteren und komplexeren schweren Krankheitsbildern führen würden. Personen mit schweren, chronischen und invalidisierenden psychischen Erkrankungen würden allenfalls gar nicht oder nur noch minimal behandelt werden. - Globalbudgets zu einer Verschiebung von kostentreibenden Krankheitsfällen in institutionelle Ambulatorien oder stationäre Einrichtungen führen würden, was zu einer Erhöhung der Unterfinanzierung dieser Ambulatorien führen würde, da es nicht gelingen wird, mit den kantonal festgelegten Kostenblöcken die tatsächlichen Kosten von institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatorien sachgerecht abzubilden. - Korrekturmassnahmen bei Nichteinhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife und Preise) bestehen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention wäre willkürlich. - bei Korrekturmassnahmen die Gefahr besteht, dass in der Folgeperiode von den einzelnen Leistungserbringern entweder Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte Anspruch hat, nicht oder in qualitativ minderer Form angeboten würden oder aber eine Mengenausweitung zur Kompensation der Mindereinnahmen pro Leistung erfolgen würde. Wir schlagen ein Hybridmodell bestehend aus differenzierten Pauschalen und Einzelleistungsabgeltungen vor, welche die Leistungen von multiprofessionellen Teams in Institutsambulatorien kostenwahr und -deckend abbilden. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Dazu kommt, dass der technische Leistungsanteil (TL) in diesen Tarifsystemen nicht für die Aufgaben und Anforderungen in Institutsambulatorien ausgelegt sind, d.h. sie decken die Kosten nicht, was dazu führt, dass die Kantone die Institutionsambulatorien mit (KVG nicht-konformen) Subventionen in Form von GWL unterstützen müssen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VPPS	40a	3		Wir lehnen die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen. Sollte wider Erwarten am Vorhaben der Einführung von Erstberatungsstellen festgehalten werden, sind um unseren Bedenken für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung zu tragen, auch Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Funktion als Erstberatungsstelle im Sinne von Art. 40a Abs. 3 Bst. a zuzuerkennen. Mit der Ergänzung von Bst. a in Art. 40a Abs. 3 gelten auch von Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geführte ambulante psychiatrische Institutionen und psychiatrisch-psychotherapeutische institutionelle Ambulatorien als Einrichtungen gemäss Bst. b von Art. 40a Abs. 3.	Art. 40 a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41 und Art. 41a streichen beziehungsweise nicht ändern. Eventualiter Ergänzung von Art. 40a Abs. 3 Bst. a mit folgenden Ziffern: **4. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie** **5. Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
VPPS	48	2		Wir befürworten die pauschale Abgeltung von Leistungen eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung, sofern institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden können. Wir gehen davon aus, dass institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien einen Rechtsanspruch darauf haben, als Netzwerke zur koordinierten Versorgung gemäss Art. 36b anerkannt werden, wenn sie die in Abs. 3 dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen erfüllen.	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
				Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken, wären grundsätzlich sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei den Erstberatungsstellen vorgesehen ist. Diese komplexen Pauschalen kombiniert mit Einzelleistungsabgeltung (Hybridmodell) müssten evidenzbasiert entwickelt und für institutionellen Ambulatorien kostendeckend gestaltet werden. Bei der Einrichtung und Bemessung von Pauschalen ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination sowie für die multiprofessionellen Behandlungselemente berücksichtigt und abgegolten wird. Gerade in sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen institutionellen Ambulatorien ist eine nachhaltige Behandlung nur unter Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen wie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitern/innen, Psychologen/ innen, Ergotherapeuten/innen, administrativem Personal etc. möglich. Aktuell sind institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien mit komplexen diagnostischen, therapeutischen, sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Aufgaben unterfinanziert, weil deren komplexe und interprofessionelle Leistungen in einem reinen Zeittarif nicht abgebildet sind und sie entsprechend zur Deckung ihrer Vollkosten auf kantonale Subventionen (GWL) angewiesen sind, was nicht im Einklang mit der Finanzierungsregelung im KVG steht. Gemäss INFRAS-Studie sind fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer verantwortlich, dass die Bereitschaft, sich integrierten Versorgungssystemen anzuschliessen, noch wenig	

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				ausgeprägt ist. Insbesondere ist ein Hinderungsgrund die ungenügende Abgeltung von Koordinationsleistungen. Pauschaltarife eröffnen die Möglichkeit, dass institutionelle Ambulatorien kostendeckend betrieben werden können. Wir erhoffen uns von Pauschalen eine kostenwahrere Abgeltung von Koordinations- und interprofessionellen Behandlungsleistungen. Diese sind nämlich im Zeittarif von TARMED und im geplanten TARDOC unvollständig und nicht adäquat abgebildet. Da der Aufwand für die Behandlung von psychischen Erkrankungen schwer voraussehbar ist und Diagnose- und Behandlungsleistungen damit kaum standardisierbar sind, schlagen wir ein differenziertes Hybridmodell der Abgeltung psychiatrisch-psychotherapeutischer institutioneller Ambulatorien vor, bestehend aus Einzelleistungen und Pauschalen, welche die effektiven Kosten decken.	
VPPS	54			Wir lehnen die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele ab. Zur Begründung des Antrags wird auf die Ausführungen bei den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision verwiesen.	Art. 54 bis Art. 54e streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

diespitäler.be

Verband der Privatspitäler des Kantons Bern
Association des Cliniques privées du Canton de Berne
VPSB

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Bern, 10. Dezember 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative).

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, in der Vernehmlassung zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (Massnahmenpaket II) Stellung nehmen zu können.

Mit seinen rund 16 Mitgliedern vertritt der **VPSB** alle gelisteten privaten Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychosomatischen und Psychiatrischen Kliniken im Kanton Bern.

diespitäler.be ist das Netzwerk der gelisteten Berner Spitäler und Kliniken mit Versorgungsauftrag in Somatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Als Verband vertritt er die Interessen seiner Mitglieder in gesundheitspolitischen Dossiers, in Tarifverhandlungen, in Gesamtarbeits- und Lohnverhandlungen, im Rettungswesen und in weiteren aktuellen Themen der Entwicklung des Gesundheitswesens.

Die beiden bernischen Verbände diespitaeler.be und VPSB beschäftigen gegen 30‘000 Fachpersonen in den verschiedensten Berufsgruppen und sichern mit ihren Aus- und Weiterbildungsstellen Qualität und Zukunft der Gesundheitsversorgung des Kantons Bern.

1. Allgemeine Bemerkungen

VPSB und diespitaler.be lehnen die Vorlage in der vorliegenden Form ab. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Aus Sicht der beiden bernischen Spitalverbände ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten.

Geschäftsstelle diespitäler.be:
Hohengasse 21, 3400 Burgdorf
Tel. 079 345 19 10, hpwyss@diespitaeler.be
www.diespitaeler.be

Geschäftsstelle VPSB:
c/o Gebert Rechtsanwälte AG
Spitalackerstrasse 74, 3013 Bern
Tel. 031 336 16 15, info@privatspital.ch
privatspital.ch

Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird nur mit vereinten Kräften und unter Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein.

Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den wirtschaftlichen Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen.

Zu nennen sind insbesondere:

- Durch das Kostendämpfungspaket I soll das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt werden. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die nachhaltige und langfristige Finanzierung der Schweizer Gesundheitsversorgung ist heute schon nicht mehr sichergestellt. Mit dem verbindlich festgelegten Effizienzmass wird dieser Effekt nochmals verstärkt. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone.

- Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System einführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht.

- Verursacht durch das verordnete Behandlungsverbot, entstehen den Leistungserbringern im Jahr 2020 und allenfalls darüber hinaus Ertragsausfälle in Milliardenhöhe. Bund und Krankenversicherer weigern sich gleichzeitig, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen. Ertragsausfälle und notwenige Vorhalteleistungen werden die Jahresabschlüsse zahlreicher Leistungserbringer in kaum verkraftbarem Mass negativ beeinflussen.

- Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

Der VPSB und diespitaeler.be verschliessen sich der Diskussion um eine Dämpfung der steigenden Gesundheitskosten nicht. Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten

- die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden,
- die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel),
- das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden,

Geschäftsstelle diespitäler.be:
Hohengasse 21, 3400 Burgdorf
Tel. 079 345 19 10, hpwyss@diespitaeler.be
www.diespitaeler.be

Geschäftsstelle VPSB:
c/o Gebert Rechtsanwälte AG
Spitalackerstrasse 74, 3013 Bern
Tel. 031 336 16 15, info@privatspital.ch
privatspital.ch

- der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft,
- die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert,
- die ambulante Versorgung gestärkt,
- die integrierte Versorgung gestärkt
- und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden.

Die beiden bernischen Spitalverbände diespitaler.be und VPSB unterstützen eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung. Sie sprechen sich aber dezidiert gegen die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aus. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird!

VPSB und diespitaeler.be engagieren sich für den regulierten fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen und lehnt die rein planwirtschaftliche und kostenbasierte Steuerung des Gesundheitswesens ab!

Die beiden bernischen Spitalverbände VPSB und diespitaeler.be schliessen sich in der kritischen Haltung gegenüber der Vorlage der detaillierten Vernehmlassung von H+ grundsätzlich an.

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen

2.1 Einführung von Kostenzielen

Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH[1] ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf?

Auffällig und für Befürworter eines Globalbudgets enttäuschend ist, dass Kantone mit Globalbudget und Kantone ohne Globalbudget in den Jahren 2012 bis 2015 genau die gleiche jährliche Wachstumsrate der OKP-Ausgaben pro Kopf vorzuweisen haben.

[1] Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet.

Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.»

Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen.

Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein.

Mit dem vorgeschlagenen System der Zielvorgaben greift der Bundesrat massiv in die verfassungsmässig garantierten Kompetenzen der Kantone ein. Deren Rolle würde sich in Zukunft auf untergeordnete ausführende Tätigkeiten beschränken. Es ist nicht einzusehen, wie die Kantone unter diesen Umständen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung garantieren können. Hingegen würden die Kantone zum Schauplatz von Verteilungskämpfen, welche die bisher gut funktionierenden Planungstätigkeiten deutlich erschweren würden. diespitaeler.be und der VPSB lehnen eine solche Entwicklung entschieden ab.

In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels.

Fazit: Die beiden Bernischen Spitalverbände lehnen die Einführung von Kostenzielen ab. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen

Kostensenkungsmassnahmen nachevaluiert, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes kommen zur Unzeit und gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.

2.2 Erstberatungsstelle

Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten.

Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist nicht erwiesen: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen.

Die kostendämpfende oder allenfalls die kostensteigernde Wirkung dieser Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen, bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen.

Definition von Beratungsstellen: Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen).

Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassesystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Psychiatrische Diagnostik und Therapieempfehlungen sollten bei schwer psychisch Kranken zwingend durch den Facharzt für Psychiatrie erfolgen, da nur dieser diese Qualifikation hat und Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und eine Zunahme der Invalidisierung verhindert werden können.

Institutionen, die als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, würde von einer jährlichen Kopfpauschale profitieren. Diese würde fällig, nicht pro behandelte Patientin, sondern pro versicherte Person, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln, mithin eine defensive Medizin belohnt. Wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine leistungsunabhängige Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung hin zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern.

Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung.

Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Der VPSB lehnt die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle ab. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.

Geschäftsstelle diespitäler.be:
Hohengasse 21, 3400 Burgdorf
Tel. 079 345 19 10, hpwyss@diespitaeler.be
www.diespitaeler.be

Geschäftsstelle VPSB:
c/o Gebert Rechtsanwälte AG
Spitalackerstrasse 74, 3013 Bern
Tel. 031 336 16 15, info@privatspital.ch
privatspital.ch

2.3 Stärkung der koordinierten Versorgung

VPSB und diespitaeler.be unterstützen die Stärkung der koordinierten Versorgung. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden.

Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.

3. Fazit

Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt.

diespitaeler.be und der VPSB lehnen das Kostendämpfungspaket II in der vorliegenden Form entschieden ab!

Freundliche Grüsse

VERBAND DER PRIVATSPITÄLER DES KANTONS BERN (VPSB)

Matthias Güdel
Präsident

Manuela Gebert
Geschäftsführerin

diespitäler.be

Katrin Zumstein
Präsidentin

Hans-Peter Wyss
Geschäftsführer

Geschäftsstelle diespitäler.be:
Hohengasse 21, 3400 Burgdorf
Tel. 079 345 19 10, hpwyss@diespitaeler.be
www.diespitaeler.be

Geschäftsstelle VPSB:
c/o Gebert Rechtsanwälte AG
Spitalackerstrasse 74, 3013 Bern
Tel. 031 336 16 15, info@privatspital.ch
privatspital.ch

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
Abkürzung der Firma / Organisation	: vsao
Adresse	: Bollwerk 10, 3001 Bern
Kontaktperson	: Marcel Marti, Leiter Politik und Kommunikation / stv. Geschäftsführer
Telefon	: 031 350 44 82
E-Mail	: marti@vsao.ch
Datum	: 15. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **5**

Weitere Vorschläge _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.vsao	Der vsao hat die Vorlage konstruktiv und differenziert geprüft. Er will mit seiner Stellungnahme einerseits ein Zeichen setzen, dass die Ärzteschaft ihren Beitrag bei der Suche nach Antworten auf die grossen gesundheitspolitischen Fragen leistet. Anderseits darf der Kostendruck bei der Beurteilung der vorgeschlagenen Massnahmen nicht die alleinige Maxime sein. Das heisst erstens: Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten bezüglich Leistungserbringer und Behandlungen, der Vorrang der medizinischen Beurteilung und damit das Patientenwohl sowie die Versorgungsqualität einschliesslich der Prävention sind für uns bei der Interessenabwägung im Zweifelsfall vorrangig. Zweitens darf die Vorlage nicht zum Schaden der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen unserer Mitglieder sein. Wir erinnern in diesem Zusammenhang an die in vielen Spitälern nach wie vor gravierenden Missstände punkto Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu den Höchstarbeits- und Ruhezeiten. Schliesslich gilt es zu beachten, dass sich die finanziellen Auswirkungen der Vorschläge zum heutigen Zeitpunkt nicht oder höchstens vage einschätzen lassen, ebenso allfällige weitere Konsequenzen auf volkswirtschaftlicher Ebene. Betreffend den Effekt wird somit die Art der Realisierung entscheidend sein. Hierbei darf es jedoch nicht zu einem weiteren Schub an Administration für die Leistungserbringer kommen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.vsao	Zur Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP und zur Erstberatungsstelle, die beiden aus vsao-Sicht wichtigsten Massnahmen, äussern wir uns nachfolgend bei den entsprechenden Artikeln. Bei der Erstberatungsstelle geschieht Letzteres im Kontext der angedachten Netzwerke zur koordinierten Versorgung, die wir ausdrücklich begrüssen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht	Von spezieller Bedeutung sind für uns ebenfalls die fairen Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl. Falls die Idee vorrangig dazu dienen soll, die Transparenz, Versorgungsqualität und Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen - siehe oben unsere grundsätzlichen Erwägungen -, ist nichts gegen sie einzuwenden.

gefunden werden.vsao	Wenn ihr jedoch primär der Gedanke Pate steht, bei den Spitälern noch stärker an der Kostenschraube zu drehen und den Rationalisierungs- bzw. Renditedruck zu forcieren, verwahren wir uns klar dagegen. Denn dies würde sowohl zulasten der Patientensicherheit als auch der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen gerade der jungen Ärztinnen und Ärzte gehen. Demgemäss kritisch war am 15. Juni 2020 unsere Vernehmlassungsantwort zur Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.vsao	Was die Programme zur Patientenversorgung angeht, so finden diese unseren Beifall. Mit einem Vorbehalt: Die laut dem erläuternden Bericht (vgl. S. 28f.) angedachte Erbringung gewisser medizinischer Leistungen - namentlich auch von Behandlungsmassnahmen - durch nicht ärztliche, KVG-anerkannte Leistungserbringer bedarf in einem Punkt vertiefter Abklärungen. Es geht uns um die Frage, wie weit es sich um ein Delegations- oder Substitutionsmodell handelt und damit um die Regelung der Verantwortung. Medizinische Beurteilungen und Anordnungen müssen nach wie vor ärztlichen Entscheiden unterliegen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.vsao	Zu Ausnahmen vom Zugang nach BGÖ bei Preismodellen weisen wir darauf hin, dass der damit verbundene Verlust an Transparenz der Akzeptanz von Preismodellen an sich wie auch anderer Massnahmen zur Kostendämpfung keinen Gefallen tut. Namentlich bei der breiten Bevölkerung und wohl ebenso in Teilen der Politik.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.vsao	Die elektronische Rechnungsübermittlung nach einheitlichen Standards ist im Sinne der obgenannten Transparenz sehr zu begrüssen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.vsao	40a bis 40c			Erstberatungsstellen sind ein wichtiges Instrument zur Kostensenkung, namentlich mit Blick auf die Vermeidung unnötiger Behandlungen (Stichwort Überversorgung). Sie dürfen aber nicht als Werkzeug für das Gegenteil dienen: die Verweigerung medizinisch erforderlicher Leistungen. Deshalb ist darauf zu achten, dass die Zusammenstellung der kantonalen Listen mit den Anbietern einer solchen Erstberatung nicht von den Krankenkassen beeinflusst respektive gesteuert wird. Dies würde den bei diesem Modell per se bestehenden Nachteil der Einschränkung der freien Arztwahl verstärken. Die Listen müssen so umfassend und vielfältig wie möglich sein, und der Wechsel von einem Anbieter zu einem anderen (Stichwort Zweitmeinung) darf keinen Einschränkungen unterliegen. Denn die Erstberatungsstellen betreffen speziell Patientinnen und Patienten in gesundheitlich und sozial prekäreren Lagen, also solche, welche sich bislang aus guten Gründen nicht für freiwillige Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl entscheiden wollten bzw. konnten. Es handelt sich um	

				Menschen, die vielfach besonders häufig, lange und intensive medizinische Behandlungen brauchen, was die Gefahr des Primats von reinen Kostenüberlegungen bei Zuweisungsentscheiden akzentuiert. Diese Patientinnen und Patienten unterstehen wie alle anderen Versicherten mit den Erstberatungsstellen einer von ihnen weder selber gewählten noch mitgestaltbaren Massnahme, bei der sie auch nicht von Prämienrabatten profitieren. Zwingend zu prüfen wäre daher, ob sich die Erfolgsaussichten des Modells nicht durch eine an die Franchisenbefreiung gekoppelte Freiwilligkeit der Nutzung steigern lassen. Um dem Kostendruck entgegenzutreten, sollte die Pauschalentschädigung der Erstberatungsstellen ausserdem nicht über die Krankenkassen, sondern über Steuergelder erfolgen. Was indes bei den Pauschalen als Problem bleibt, ist die Tatsache, dass eine leistungsunabhängige Entschädigung nach Staatstarif den Anreiz erhöht, die Beratungsleistung gering zu halten. Oder allenfalls ganz darauf zu verzichten. Aufgrund des Gesagten erachten wir die Verbindung der Massnahme mit den Netzwerken zur koordinierten Versorgung als bessere Lösung. Diese Netzwerke sind in Abs. 3 Bst. c kurz erwähnt. Beratung - die nicht nach einem ersten Mal aufhört -, Koordination und Dossierführung gehören sinnvollerweise zusammen. Eine solche einheitliche Beratungs- und	

				Koordinationsstelle *ohne* Entscheidungsrechte im Sinne eines Gatekeepings (wie sie bei der Erstberatungsstelle beabsichtigt sind) schafft Synergien bei der Qualität und sollte ebenfalls franchisenbefreit finanziert sein. Was wären die Vorteile? Die gesamte Bevölkerung hätte durch die Nutzung entsprechender positiver Anreize Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Versorgung. Und es bestünde Gewähr, dass für jede Person optimale Behandlungswege gefunden werden. Darüber hinaus könnte die Lösung die Akzeptanz des elektronischen Patientendossiers steigern und seine Verbreitung beschleunigen.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.vsao	54 bis 54e			Der vsao lehnt die Einführung von Kostenzielen mit fakultativen oder zwingenden Korrekturmassnahmen ab. Dadurch drohen spürbare Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit und die Qualität der medizinischen Versorgung. Wie problematisch die Idee und ihre Folgen wären, zeigt sich an Folgendem. Angenommen, die Bestimmung wäre heute in Kraft, müsste der Bundesrat noch 2020 mitteilen, wie viel die prämienfinanzierte Gesundheitsversorgung im Jahr 2022 kosten darf – insgesamt sowie differenziert für Leistungsblöcke und je Kanton. Seien es die Medikamentenkosten im Kanton Zug, die ambulanten Arztbehandlungen im Kanton Waadt oder die Spitäler im Tessin – mit den vom Bundesrat vorgegebenen	

				Zielen wären zukünftig die «richtigen» - das heisst politisch gewünschten - Kosten bekannt, lange bevor die Patientinnen und Patienten Leistungen beanspruchen. Die wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und den medizinisch-technischen Fortschritt des Jahres 2022 würde der Bundesrat laut Gesetz in den Kostenzielen bereits berücksichtigen. Ein sehr ambitionierter Plan, sind dies doch Faktoren, deren Einfluss auf die Kostenentwicklung oft sogar im Nachhinein schwer zu quantifizieren ist. Neu hätte also ein entsprechend vergrössertes Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Aufgabe, umfangreiche Kostenprognosen zu erstellen und neue gesetzlich geforderte Überprüfungen durchzuführen. Auch die Kantone müssten einiges in ihre Verwaltungen investieren, um auf Basis der bundesrätlichen Vorgaben eigene Kostengrenzen zu spezifizieren, Anhörungen durchzuführen und dem BAG ihre Zielerreichung zur Prüfung einzureichen. Überdies müssten die Leistungserbringer - im Fall der vsao-Mitglieder die Spitäler - ihren bürokratischen Aufwand ebenfalls weiter erhöhen, um der Planwirtschaft vorausschauend wie rückwirkend Genüge zu tun. Am Ende wohl wieder auf Kosten der Zeit am Patientenbett und jener der jungen Ärztinnen und Ärzte, bei denen die Verstösse gegen das Arbeitsgesetz sowieso zu oft zur Tagesordnung gehören. Doch ein teurer Verwaltungsausbau wäre nur eine der	

				Auswirkungen des staatlichen Globalbudgets: Wirklich kritisch wird es dann, wenn die Patientinnen und Patienten mehr Behandlungen benötigen, als es Bundesrat und Bundesverwaltung lange vorab festgelegt haben. Durch die für diesen Fall vorgesehenen Tarifsenkungen würde der Gesundheitsversorgung Geld entzogen – und unzureichend vergütete Behandlungen würden nicht mehr ausreichend durchgeführt. Die Konsequenz wären eine sinkende Behandlungsqualität und wachsende Wartelisten. Die Leistungen, auf die ein OKP-Versicherter durch Gesetz und seine Prämien eigentlich weiterhin Anspruch hat, würden damit faktisch rationiert. Wo sich aber die medizinische Versorgung politischen Planvorgaben unterordnen muss, gerät die Patientin/der Patient ins Hintertreffen. Und dies akzeptieren wir nicht.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : pharmalog.ch

Abkürzung der Firma / Organisation : VSSG

Adresse : Route de Corserey 4

Kontaktperson : René JENNY

Telefon : 079 353 60 90

E-Mail : r.jenny@pharmalog.ch

Datum : 4.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 13

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VSSG	*Besten Dank für die Gelegenheit zum Kostendämpfungspaket 2 Stellung beziehen zu dürfen.* *Pharmalog.ch ist der Verband der vollsortierten Pharmalogistiker welcher eine sichere, rasche und kostengünstige Belieferung jedes Patienten mit den von seinem Arzt verordneten Medikamenten sowie sämtlicher Gesundheitsprodukte in der ganzen Schweiz zu jederzeit garantiert. Mitglieder des Verbandes pharmalog.ch sind die privaten Pharma Supply Chain Dienstleister – Amedis-UE, Galexis, Unione Farmaceutica Distribuzione und Voigt. Sie sind verantwortlich für die flächendeckende Verteilung von über 80 % der konsumierten Medikamente und Gesundheitsprodukte in der Schweiz vom Hersteller zum Fachhandel. So auch während der Tage des COVID-19 Lock-down's in denen sie bis zu 60% über den normalen täglichen Volumen (transportierte Einheiten, kommissionierte Zeilen, etc.) ohne nennenswerte Einschränkungen für die Versorgung der Bevölkerung bewältigten.* *Nach der Vernehmlassung des Kostendämpfungspaket 1 sowie dessen Beratung im NR sollen die Entscheide des NR noch im SR behandelt werden. Leider erfolgen diese Beratungen isoliert von einer Gesamtstrategie zur Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten dieses Landes zu fairen Konditionen mit konkretem Bezug auf die Kosteneinsparungspakete.* *Pharmalog.ch ist entschieden gegen eine isolierte Betrachtung der einzelnen Komponenten des Kostendämpfungspaket 1 und 2 und der beim BAG offenen Vernehmlassungen (Vertriebsanteil, LOA V, Art 17a, MDR) und vertritt die Meinung dass nur eine Gesamtbetrachtung aller im Spiele stehenden Herausforderungen die Lösung des komplexen Problems bringen wird. Alle Teildiskussionen beeinflussen sich gegenseitig. Eine ganzheitliche Betrachtung ist dringend notwendig, wenn wir die Medikamentenversorgung der Schweiz erfolgreich weiterbringen wollen.* *Damit eine solche überhaupt möglich ist, muss das BAG verschiedene seit mehreren Jahren offenen Vernehmlassungen endlich abschliessen. Dies um den Marktteilnehmern eine Planungssicherheit zu geben.* *Aus all diesen Gründen ist pharmalog.ch der Meinung dass eine **Bundesstrategie zur Versorgungssicherheit** bei*

	den Medikamenten angegangen werden sollte. Nur eine solche – die sämtliche Elemente der Versorgung berücksichtigt – kann garantieren, dass die Kostendämpfungspakete im Medikamentenbereich zum Ziel führen. Die EU hat Anfangs Sommer aus ähnlichen Gründen ebenfalls die Beratungen zu einer neuen „pharmaceutical strategy“ gestartet. Die Schweiz sollte gerüstet sein, wenn Elemente dieser europäischen Strategie unser Land tangieren würden.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
VSSG	21	3		Wir sind klar für mehr Transparenz. Der Datenschutz von Versicherten ist aber oberstes Gut und muss jederzeit gewährleistet sein.	Keine Aenderung
VSSG	32	3		Eine Änderung von Art. 32 KVG lehnen wir entschieden ab. Auch der Nationalrat hat anlässlich seiner Abstimmung in der Sondersession Ende Oktober 2020 den Art. 32 Absatz 3 zurückgewiesen. Zukünftig soll der Bundesrat bei der WZW-Prüfung Grundsätze festlegen können, die sich an einer möglichst kostengünstigen Vergütung orientieren. Bei Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen legt die zuständige Behörde die Tarife, Preise und Höchstvergütungsbeiträge mit dem Entscheid zur Leistungspflicht fest. Daher wird der Bundesrat die Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung der Leistungen für diese Listen spezifisch festlegen. Heute sind die Spielregeln klar und planbar. Konkret	Ersatzlos streichen

				ist bekannt, wann welche Präparate wie überprüft werden. Die Grossisten und die Apotheken, die über eine tendenziell rückläufige Marge verfügen, sind auch zukünftig darauf angewiesen, auf ihren Lagern die Verluste durch Preissenkungen möglichst tief zu halten. Ein Anspruch auf eine Lagervergütung besteht nicht. Etliche Pharmaunternehmen sehen zudem davon ab, eine Lagervergütung zu gewähren. Sollte die Planbarkeit nicht mehr gegeben sein, müssten die Lager massiv gesenkt werden. Die Folge davon wären nicht gewollte Therapiewechsel und Versorgungsengpässe. Diese Auswirkungen wären diametral zu den Forderungen nach Reservelager und Versorgungssicherheit. Am Prinzip der klaren Regeln bei der Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit ist deshalb festzuhalten. Allfällige Änderungen betreffend Überprüfung müssen dahingehend ausgestaltet werden, dass sie den Grundsätzen der Fairness und Planbarkeit entsprechen.	

VSSG	40	a		Der revidierte Gesetzestext sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte neu die Funktion einer Erstberatungsstelle ausüben sollen. Apotheker und Apothekerinnen sollen davon ausgenommen sein. Im Sinne eines freiheitlichen Systems sind wir jedoch gegen ein Obligatorium. Die Freiwilligkeit ist wichtig. Der Patient soll frei entscheiden können. Die freie Arztwahl darf nicht eingeschränkt werden, fördert sie doch den Wettbewerb und sichert die Qualität. Es ist zu beachten, dass die Apotheken bereits heute als Erstberatungsstelle für die Patienten fungieren. Der Apotheker hat dabei einen umfassenden Überblick über die Medikation des Patienten (Koordination zwischen mehreren Ärzten, Überprüfung der Selbstmedikation, höhere Kontaktfrequenz mit dem Patienten etc.). Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, weshalb der Apotheker im VE-KVG nicht in der Funktion der Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Des Weiteren sprechen folgende Gründe dafür, dass der Apotheker, die Funktion einer Erstberatungsstelle ausüben muss: 1. **Wirtschaftlichkeit**	**Neuer Vorschlag: Ergänzung** : Art. 40a VE-KVG *3. Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:* *a) Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:* *1. Allgemeine Innere Medizin,* *2. Kinder- und Jugendmedizin,* *3. Praktische Ärztin oder praktischer Arzt;* *b) **Apotheker und Apothekerinnen**;* *c) Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a) erfüllen;*

				Die neuen Kompetenzen der Apotheker (z.B. Impfen, Abgabe von Arzneimitteln der Liste B ohne Rezept etc.) haben unter anderem folgende Zielsetzung: Verbesserung des Medikamentenzugangs; Entlastung der Notfälle in Krankenhäusern; Kompensation des Hausärzte-Mangels und die Verbesserung der Patientenbetreuung, um die Effizienz der Behandlungen zu erhöhen. All diese Massnahmen haben das Ziel, das Wachstum der Gesundheitskosten zu dämpfen. 2. **Nähe & Verfügbarkeit für die Bevölkerung** Der Apotheker ist ohne Voranmeldung während den entsprechenden Geschäftsöffnungszeiten für die gesamte Bevölkerung durchgehend erreichbar. 3. **Interdisziplinarität** Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Punkt für eine optimale Patientenversorgung. Der Apotheker ist in dieser Zusammenarbeit ein unverzichtbarer Dienstleister. 4. **Elektronisches Patientendossier (EPD)** Die Nichtberücksichtigung des Apothekers in der Funktion einer Erstberatungsstelle wäre	

				ebenfalls problematisch in Bezug auf die Aufnahme von Patienten in das EPD. Es ist klar ersichtlich, dass diese Aufgabe viel Zeit und Ressourcen erfordert, da die Patienten entsprechend informiert werden müssen. Apotheken könnten hier den Patienten erhebliche Unterstützung bieten. 5. **Heilmittelgesetz (HMG)** Das revidierte HMG hat die Kompetenzen der Apotheken deutlich ausgebaut. Die vorgesehene Regelung betreffend Erstberatungsstelle steht diesbezüglich im klaren Widerspruch zum revidierten HMG. Dies muss vermieden werden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Apotheker zwingend in der Funktion der Erstberatungsstelle im VE-KVG berücksichtigt werden muss.	
VSSG	52	b+c		Zu den vorgeschlagenen Art. 52b VE-KVG (Rückerstattungen) sowie Art. 52c VE-KVG (Voraussetzungen) wird kein Formulierungsvorschlag gemacht. Es sind allerdings inhaltlich wichtige Argumente ins Feld zu führen. Es ist zwingend zu berücksichtigen, dass in Zukunft auch Formen der Vergütung im Bereich der Medikamentenabgabe berücksichtigt	Kein Vorschlag

				werden können, bei denen die Apotheker in neuer Weise eine patientengerechte und kostendämpfende Rolle einnehmen können: - Bei der Einführung von neuen Medikamenten; - bei der Beurteilung der Wirkung nach Markteinführung; - bei der Sicherstellung der Therapietreue. Dabei sind auch Modelle zu prüfen, welche sicherstellen, dass auch nach einer Markteinführung ein Hersteller dazu verpflichtet werden kann, Massnahmen zu unterstützen, welche Folgendes sicherstellen: Konsistente Wirkung eines Medikaments nach Markteinführung mit den Entscheidungsgrundlagen, die für die Markteinführung bereitgestellt und eingereicht werden. Es muss ausserdem im Interesse eines sinnvollen Wettbewerbs möglich sein, unterschiedliche Modelle zu strukturieren und in Zusammenarbeit mit Versicherungen verschiedene Modelle im Markt zu etablieren (bis hin zu spezifischen Angeboten und Möglichkeiten für bestimmte Indikationen und/oder für alternative Versicherungsmodelle zur Schaffung sinnvoller Anreize). Solche Modelle müssen selbstverständlich immer unter dem Vorbehalt von WZW stehen und müssen entsprechend validiert	

				werden können. Damit sollen Ansätze unterstützt werden, die aufzeigen, dass Medikamente im Markt nach Einführung nicht nur in der Theorie, sondern in der Praxis konkret den Nutzen erbringen, der bei der Zulassung und der Preissetzung behauptet wird. Es kann nicht sein, dass der Hersteller gerade bei komplexen und teuren Produkten und Therapien nicht mehr in der Verantwortung steht und die Erzielung der angestrebten Wirkung vollumfänglich den Leistungserbringern und Kostenträgern übertragen wird	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VSSG	54	alle		Diese Massnahme, die einer Rationierung gleichkommt, lehnen wir entschieden ab.	

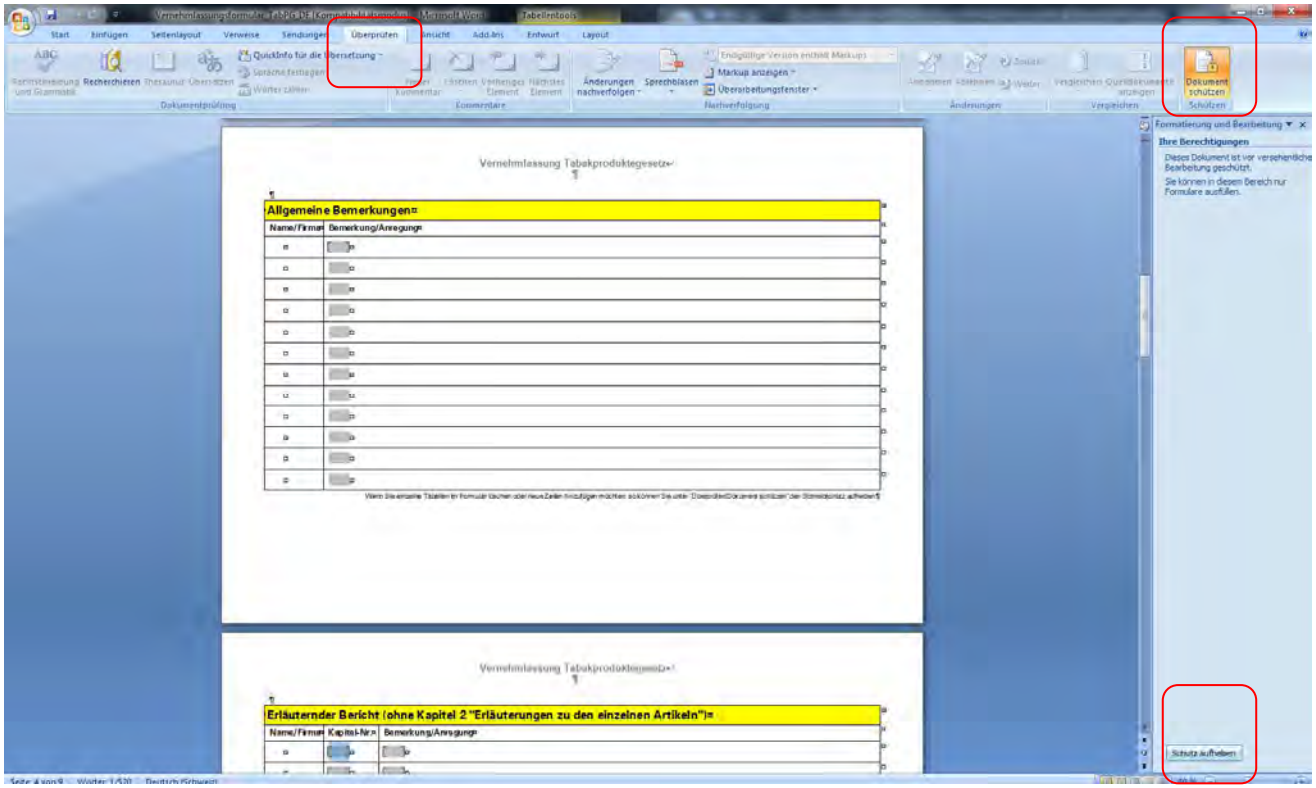
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

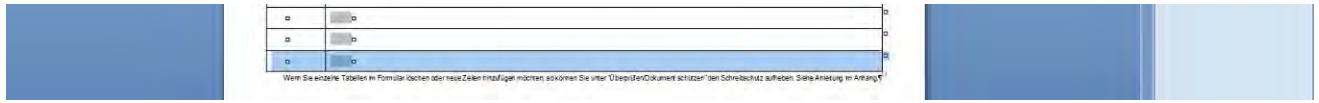
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



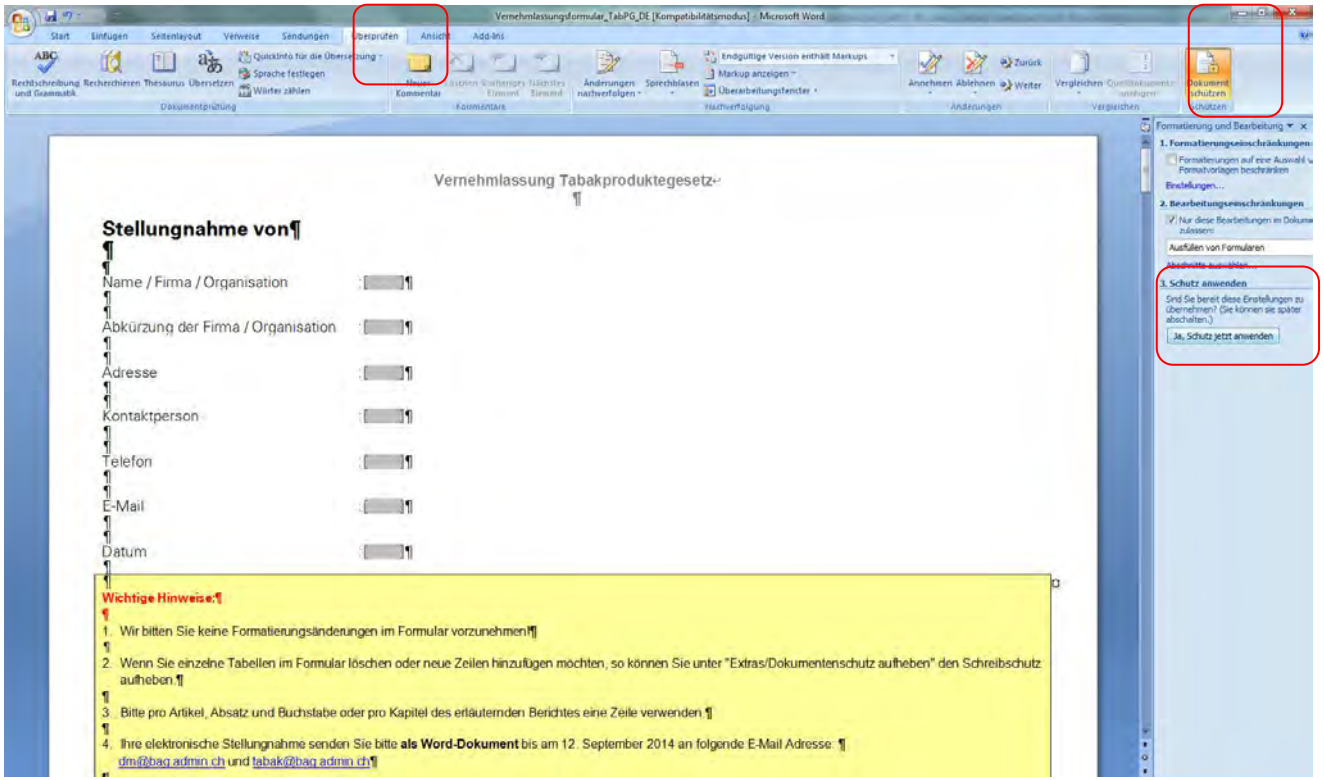
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verband Schweizerischer Versandapotheken

Abkürzung der Firma / Organisation : VSVA

Adresse : Zytgloggelaube 4

Kontaktperson : Bettina Mutter

Telefon : 031 311 65 25

E-Mail : info@vsva.ch

Datum : 18.November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 12

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VSVA	Der VSVA ist das für die Interessen der Apotheken mit Versandhandelsbewilligung - massgebende und gut vernetzte Organ für Interessenvertretung gegenüber Behörden, Parlament, Medien und breiter Öffentlichkeit. Der VSVA vereinigt Organisationen, Firmen und Personen, die sich für eine kundenorientierte, wirtschaftliche und gleichzeitig höchsten Sicherheitsstandards genügende Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medikamenten einsetzen. Erlauben Sie uns einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage ab, ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen führt zu qualitativ besserer und effizienterer Versorgung. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl erachten wir als inakzeptabel und nicht zielführend; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber lediglich verschlechtern würde. - **Bereits vorhandenes Potenzial ausschöpfen** Es gäbe heutzutage bereits grosses Potenzial zur Einsparung von Kosten im Gesundheitswesen. Gerade im Verkauf und Vertrieb von Medikamenten würde beispielsweise der Abbau von politischen Hürden für technische und digitale Lösungen massiv Kosten sparen – bei gleichzeitiger Steigerung von Qualität. Wir bedauern, dass der Bundesrat einen massiven Systemwechsel plant, ohne zuvor die Möglichkeiten des jetzigen Systems vollumfänglich zu prüfen und auszuschöpfen indem etwa die bestehenden Hürden für den Versand von (rezeptfreien) Arzneimitteln aufgehoben und die Möglichkeiten digitaler Gesundheitsplattformen auch vom Regulator voll ausgeschöpft werden. Die vorgeschlagenen Massnahmen wirken auch deswegen unausgegoren und nicht stringent. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer, Patienten und weitere Akteure des Gesundheitswesens wie beispielsweise mengenbezogene durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage auf, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren.

	Wir äussern uns untenstehend nicht zu allen vorgeschlagenen – und teilweise weitreichenden – Artikeländerungen – sondern nur zu den für den Versandhandel von Medikamenten relevanten. Gleichzeitig danken wir Ihnen, wenn Sie diese Argumente in Ihre Entscheidfindung miteinbeziehen. Erlauben Sie uns eine Schlussbemerkung: Ein solcher Systemwechsel, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, muss wohlüberlegt, faktenbasiert und mit Blick auf eine mögliche Umsetzung konstruktiv und stringent sein. Die Vorlage löst diese Grundsätze nicht ein. Als verantwortungsbewusster Akteur des Gesundheitswesens lehnen wir die Vorlage in dieser Form ab.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
VSVA	25			Neu sollen spezifische Überwachungs- sowie Behandlungsmassnahmen durch gewisse nicht-ärztliche Leistungserbringer erbracht werden können. Apothekerinnen und Apotheker sollen nun ebenfalls Leistungen im Rahmen von Programmen zulasten der OKP erbringen können. Dies ist sehr zu begrüssen ist, da gerade die Apotheken zukünftig wichtig sein werden für die Umsetzung der bundesrätlichen Gesundheitsstrategie 2030. Entsprechend dürfen auch Apotheken mit Versandhandelsbewilligung nicht benachteiligt werden, weil gerade sie in der Dauerversorgung von chronisch Kranken, mit rund 200'000 Menschen, eine äusserst wichtige Rolle spielen. Eine Kompetenzerweiterung auf lediglich stationär agierende Apotheken ist nur schon aus diesem Grund nicht verantwortbar und würde bewirken, dass die sich heute schon abzeichnenden digitalen Möglichkeiten in der Behandlung für die Berufsgruppe der Apotheker, insgesamt auf lange Zeit verhindert würde. Wenn Netzwerke inskünftig zu einem neuen Leistungserbringer werden und dabei nicht-ärztliche Dienstleister miteinbezogen sind, so muss dies klar auch für Apotheken mit Versandhandelsbewilligung gelten. Zumal gerade bei der Digitalisierung, welche durch Versandhandelsapotheken vorangetrieben wird, ein enormes Effizienz- und Sicherheitspotential im Gesundheitswesen liegt.	
VSVA	32	3		Art. 32 Abs. 3 ist eine äusserst weitreichende Delegationsnorm, die aus staatspolitischer Sicht fragwürdig ist. Der Bundesrat könnte ohne Einbezug des Gesetzgebers sämtliche Regeln für die WZW-Überprüfung anpassen. Sie umfasst grundsätzlich alle Leistungen im KVG und untergräbt jegliche Planbarkeit und Rechtssicherheit. Heute sind die Spielregeln klar und planbar. Konkret ist bekannt, wann welche Präparate wie überprüft werden. Grossisten und Apotheken, die über eine rückläufige Marge verfügen, sind auch zukünftig darauf angewiesen, auf ihren Lagern die Verluste durch Preissenkungen möglichst tief zu halten. Ein Anspruch auf eine Lagervergütung besteht nicht. Etliche Pharmaunternehmen sehen zudem davon ab, eine Lagervergütung zu gewähren. Sollte die Planbarkeit nicht mehr	

				gegeben sein, müssten die Lager massiv gesenkt werden. Die Folge davon wären nicht gewollte Therapiewechsel und Versorgungsengpässe, was insbesondere für chronisch Kranke fatal wäre. Diese Auswirkungen wären diametral zu den Forderungen nach Reservelager und Versorgungssicherheit. Der Bundesrat will damit die Rechtsgrundlagen für eine möglichst kostengünstige Vergütung schaffen und dem Ziel einer möglichst kostengünstigen Vergütung Vorrang einräumen. Damit würde bei der Vergütung der Nutzen für Patienten, für das Gesundheitswesen, für andere Sozialversicherungen und für die Gesellschaft in den Hintergrund treten. Das schädigt die Qualität des Gesundheitswesens, hemmt die Innovation und den Zugang für Patientinnen und Patienten zu optimalen Behandlungen. Die Einführung des im erläuternden Bericht erwähnten Kostengünstigkeitsprinzips ist abzulehnen. Das Kostengünstigkeitsprinzip missachtet den Nutzen von Innovation systematisch und ist deshalb mit einem nachhaltigen Zugang der Patienten zu innovativen Behandlungen nicht vereinbar. Es ist ausserdem fraglich, ob die Einführung eines solch weitreichenden Prinzips, welches Auswirkungen auf alle Einwohnerinnen der Schweiz hätte, in der Verordnung verfassungskonform ist. Fazit: Am Prinzip der klaren Regeln bei der WZW-Überprüfung ist festzuhalten. Allfällige Änderungen betreffend Überprüfung müssen dahingehend ausgestaltet werden, dass sie den Grundsätzen der Fairness und Planbarkeit entsprechen.	
VSVA	33	3bis		Wenn in den vorgesehenen Behandlungsprogrammen der Patientenversorgung die Behandlung von chronischen Krankheiten sowie die medizinische Prävention und Rehabilitation im Zentrum stehen soll, sind die Dienstleistungen von Versandapotheken zwingend miteinzubeziehen. Die dem VSVA angeschlossenen Mitglieder versorgen rund 200'000 Menschen mit chronischen Erkrankungen, d.h. 10% der Chroniker der Schweiz. Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat hier aktiv bestehenden Regulierungsbestrebungen vorgreift.	

VSVA	36b	3	b	«*Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen*»: Dies ist ein massiver staatspolitischer Steuerungseingriff in die Kompetenz der Versorgung von Koordinationsnetzwerken. Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein. Der VSVA begrüsst aber das Bestreben, den Austausch zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Partnern, wie Apotheken (mit und ohne Versandhandelsbewilligung) zu intensivieren. Hierzu gibt es bereits gute Praxisbeispiele, welche gerade in der Medikamentenversorgung von Chronikern, durch eine bessere Versorgung Kosten einsparen.	
VSVA	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
VSVA	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle fungieren und ob bspw. auch ein eine Apothekerin / ein Apotheker innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden kann. Dabei ist in jedem Falle sicherzustellen, dass die in Apotheken mit Versandhandelsbewilligung tätigen Apothekerinnen und Apotheker, welche bereits heute qualitativ hochstehende und qualitätssichernde Fachberatung erfüllen, von Anfang an mit einbezogen werden. Der revidierte Gesetzestext sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte neu die Funktion einer Erstberatungsstelle ausüben sollen. Apotheker und Apothekerinnen sollen davon ausgenommen sein. Es ist zu beachten, dass die Apotheken bereits heute als Erstberatungsstelle für die Patienten fungieren. Der Apotheker hat dabei einen umfassenden Überblick über die Medikation des Patienten (Koordination zwischen mehreren Ärzten, Überprüfung der Selbstmedikation, höhere Kontaktfrequenz mit dem Patienten etc.). Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, weshalb der Apotheker im VE-KVG nicht in der Funktion der Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Des Weiteren sprechen folgende Gründe dafür, dass der Apotheker, die Funktion einer Erstberatungsstelle ausüben muss:	1. Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2. Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a) Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b) Beurteilung, ob eine Untersuchung

				1. Wirtschaftlichkeit Die neuen Kompetenzen der Apotheker (z.B. Impfen, Abgabe von Arzneimitteln der Liste B ohne Rezept, Steigerung der Therapietreue, Telepharmazie, Pharmakogenetik, etc.) haben unter anderem folgende Zielsetzung: Verbesserung des Medikamentenzugangs; Entlastung der Notfälle in Krankenhäusern; Kompensation des Hausärzte-Mangels und die Verbesserung der Patientenbetreuung, um die Effizienz der Behandlungen zu erhöhen. All diese Massnahmen haben das Ziel, das Wachstum der Gesundheitskosten zu dämpfen. 2. Nähe & Verfügbarkeit für die Bevölkerung Der Apotheker ist ohne Voranmeldung während den entsprechenden Geschäftsöffnungszeiten für die gesamte Bevölkerung durchgehend erreichbar. Dies trifft insbesondere für Versandapotheken zu. 3. Interdisziplinarität Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Punkt für eine optimale Patientenversorgung. Der Apotheker ist in dieser Zusammenarbeit ein unverzichtbarer Dienstleister. Dies trifft insbesondere für Versandapotheken zu. 4. Elektronisches Patientendossier (EPD) Die Nichtberücksichtigung des Apothekers in der Funktion einer Erstberatungsstelle wäre ebenfalls problematisch in Bezug auf die Aufnahme von Patienten in das EPD. Es ist klar ersichtlich, dass diese Aufgabe viel Zeit und Ressourcen erfordert, da die Patienten entsprechend informiert werden müssen. Apotheken könnten hier den Patienten erhebliche Unterstützung bieten. Dies trifft insbesondere für Versandapotheken des VSVA mit rund 200'000 versorgten Chroniker zu, welche die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben. 5. Heilmittelgesetz (HMG)	oder Behandlung notwendig ist; c) Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3. Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a) Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. Praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b) Apotheker und Apothekerinnen; c) Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen,

				Das revidierte HMG hat die Kompetenzen der Apotheken deutlich ausgebaut. Die vorgesehene Regelung betreffend Erstberatungsstelle steht diesbezüglich im klaren Widerspruch zum revidierten HMG. Dies muss vermieden werden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Apotheker zwingend in der Funktion der Erstberatungsstelle im VE-KVG berücksichtigt werden muss.	die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a) erfüllen; d) Netzwerke zur koordinierten Versorgung.
VSVA	48a			Pauschalen für medizinische, respektive sämtliche ärztlichen und in den Zentren auch die administrativen Arbeiten der Netzwerke umfassenden Leistungen führen zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der von den Zentren zu erbringenden Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen (da die Pauschalen selbst bei Nicht-Erbringen der Leistung ausgeschüttet würden). Der Entwurf des Bundesrat blendet solche mögliche Entwicklungen aus. Das zeigt auch die fehlenden Angaben zum möglichen Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum des Gesundheitswesens beschränkt.	
VSVA	52b und 52c			Zu den vorgeschlagenen Art. 52b VE-KVG (Rückerstattungen) sowie Art. 52c VE-KVG (Voraussetzungen) wird kein Formulierungsvorschlag gemacht. Es sind allerdings inhaltlich wichtige Argumente ins Feld zu führen. Aus Sicht der Apotheke ist zwingend zu berücksichtigen, dass in Zukunft auch Formen der Vergütung im Bereich der Medikamentenabgabe berücksichtigt werden können, bei denen die Apotheker in neuer Weise eine patientengerechte und kostendämpfende Rolle einnehmen können: - Bei der Einführung von neuen Medikamenten; - bei der Beurteilung der Wirkung nach Markteinführung; - bei der Sicherstellung der Therapietreue.	

				Dabei sind auch Modelle zu prüfen, welche sicherstellen, dass auch nach einer Markteinführung ein Hersteller dazu verpflichtet werden kann, Massnahmen zu unterstützen, welche Folgendes sicherstellen: Konsistente Wirkung eines Medikaments nach Markteinführung mit den Entscheidungsgrundlagen, die für die Markteinführung bereitgestellt und eingereicht werden. Es muss ausserdem im Interesse eines sinnvollen Wettbewerbs möglich sein, unterschiedliche Modelle zu strukturieren und in Zusammenarbeit mit Versicherungen verschiedene Modelle im Markt zu etablieren (bis hin zu spezifischen Angeboten und Möglichkeiten für bestimmte Indikationen und/oder für alternative Versicherungsmodelle zur Schaffung sinnvoller Anreize). Solche Modelle müssen selbstverständlich immer unter dem Vorbehalt von WZW stehen und müssen entsprechend validiert werden können. Damit sollen Ansätze unterstützt werden, die aufzeigen, dass Medikamente im Markt nach Einführung nicht nur in der Theorie, sondern in der Praxis konkret den Nutzen erbringen, der bei der Zulassung und der Preissetzung behauptet wird. Es kann nicht sein, dass der Hersteller gerade bei komplexen und teuren Produkten und Therapien nicht mehr in der Verantwortung steht und die Erzielung der angestrebten Wirkung vollumfänglich den Leistungserbringern und Kostenträgern übertragen wird. Wenn der Bundesrat neu definiert, wie und wann Preismodelle eingesetzt werden, müssen diese zwingend so ausgestaltet sein, dass die Dienstleistungen von Apotheken mit Versandhandelsbewilligung in die Modellberechnungen einbezogen werden.	
VSVA	54			Wir lehnen die formulierten Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Dies wird zu Interpretations- und Koordinationsproblemen führen. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	

				Weiter sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen. Durch die Einführung von Kostenblöcken wird die Entwicklung von Dienstleistungen, die durch Aktivitäten eines Leistungserbringers in einem anderen Kostenblock Einsparungen erzielen könnten, ein Riegel geschoben. Das ist dem Ziel der Reduktion der Gesamtkosten abträglich.	
VSVA	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)

Abkürzung der Firma / Organisation : VZK

Adresse : Nordstrasse 15, 8006 Zürich

Kontaktperson : Daniel Kalberer

Telefon : 044 943 16 66

E-Mail : kalberer@vzk.ch

Datum : 30.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 13

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
VZK	Der VZK weist die Revision als Ganzes zurück. Sie vermag weder die Effizienz noch die Qualität der Leistungserbringung zu fördern. Im Gegenteil bremst sie Innovationen durch unnötige und überbordende bürokratische Strukturen und Prozesse. Dadurch werden dem System wertvolle Ressourcen entzogen, die besser für die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden könnten.
VZK	Die Einführung von Kostenzielen führt zu einer Rationierung der Gesundheitsleistungen und zu einer Zweiklassenmedizin. Sie untergräbt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führt zu sozialen Ungerechtigkeiten. Anstelle der medizinisch geforderten und ökonomisch effizientesten Behandlung müssen die innerhalb der Kostenziele noch verfügbaren Leistungen gewählt werden.
VZK	Das heutige KVG postuliert einen regulierten Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Mit der Vorlage wird dieser durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst.
VZK	Die Fakten aus der im Auftrag des BAG erstellten Studie «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» von Lobsiger/Frey sprechen eine klare Sprache. Die Kosten für die stationäre Behandlung ist in Kantonen ohne Globalbudget weniger stark gestiegen, als in Kantonen mit Globalbudget oder ähnlichen Mengensteuerungen. Es ist völlig unverständlich, weshalb der vorliegende Entwurf nun ein Kostenziel als zielführende Massnahme präsentiert.
VZK	Für eine bessere Effizienz sollte der Wettbewerb unter den Leistungserbringern verbessert werden. Dazu gehören transparente Zahlen und ein Aufheben von künstlichen Grenzen und Hürden z.B. für ausserkantonale Hospitalisationen. Die stationären Baserates von Spitälern in der ganzen Schweiz haben sich seit 2012 stark angeglichen. Dass der Wohnkanton unterscheiden muss, ob die Patientinnen und Patienten im eigenen Kanton oder ausserkantonal hospitalisiert werden ist obsolet geworden. Wettbewerb muss auch über die Kantonsgrenzen hinweg frei stattfinden können. Auch ein besserer Qualitätswettbewerb hätte nicht nur eine kostensenkende, sondern auch eine qualitätsfördernde Wirkung. Will der Bundesrat wirklich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen wirksam bremsen, dann muss EFAS (Einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär) umgesetzt werden. Zudem muss die ambulante Tarifierung für den Spitalbereich so erhöht werden, dass ambulante Leistungen kostendeckend erbracht werden können.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VZK	21	2		Die Kostendaten und damit die Umsätze der Leistungserbringer aus der Tätigkeit zu Gunsten der OKP sind damit völlig offen und transparent. Der Datenschutz ist somit nicht gegeben und allfällige Publikationen unter Namensnennung sind zu unterbinden bzw. vor einer Publikation der Daten der einzelnen Leistungserbringer ist eine Anonymisierung durchzuführen.	**Art. 21 Daten der Versicherer** 1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. 2 Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: […] 3 Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Ergänzung in Abs. 3: «Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten ***und der Leistungserbringer*** gewahrt ist.»

VZK	32	3		Dies ist eine Überregulierung. Das Verhandlungsprimat wird ausgehebelt und Vertragspartner wie auch die kantonalen Genehmigungsbehörden werden gezwungen, die Tarife nach Vorgabe des Bundes periodisch zu prüfen. Dies ist unnötig und erzeugt unwirtschaftlichen, administrativen Aufwand ohne Nutzen.	**Art. 32 Voraussetzungen der Kostenübernahme** 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. streichen
VZK	40a	3	b	Hausarztmodelle sind heute bereits weit verbreitet in der Schweiz. Es fragt sich deshalb, weshalb gesetzlicher Zwang und eine administrativ aufwändige Kontrolle notwendig sind. Es ist nicht klar, ob auch Spitäler unter Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstellen zugelassen wären.	**Art. 40a Erstberatungsstelle** 1 Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr: a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen; b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist; c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss. 3 Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können: a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln: 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt; b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen; c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung. streichen Eventualiter Ergänzung in Abs. 3 lit. b: Einrichtungen ***und Spitäler***, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, …

VZK	40c	3		Die Festlegung einer Einheitspauschale ist aus unserer Sicht nicht möglich. Je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur werden die jährlichen Durchschnittskosten in den Erstberatungsstellen stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit durchschnittlich komplexeren Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Wir schlagen deshalb vor, dass die Vergütung mittels differenzierten Pauschalen erfolgen soll. Oder die Pauschalen können von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt werden.	**Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle** 1 Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale. 2 Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt. 3 Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest. 4 Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten. streichen
VZK	41	1		Gemäss Abs. 1 ist weiterhin vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife festlegen können. Es ist für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz «freier Spitalwahl» die Wahl nicht ganz so frei ist und ausser bei Notfällen der Wohnkanton einer ausserkantonalen Behandlung zustimmen muss. Da sich die Baserates in der Schweiz inzwischen stark angeglichen haben, könnte das Konstrukt des Referenztarifs ganz fallengelassen werden und die Patientinnen und Patienten werden unbesehen von ihrer Herkunft nach den im Standortkanton geltenden Tarifen abgerechnet.	**Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen** 1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Sätze 2-4 streichen.

VZK	41	3		Die kantonale Bewilligung für ausserkantonale Spitalbehandlungen führt zu einem grossen administrativen Aufwand, zu Verzögerungen bei der Behandlung und zu Unsicherheiten. Die Frage, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale. Behandlung rechtfertigt, ist in der Praxis und je nach Kantonsarzt schwierig zu klären. Verzögerungen bei der Behandlung sind die Konsequenz.	3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 2. Satz «Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.» streichen.
VZK	41	3bis		Siehe oben Art. 41 Absatz 3	3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: […] streichen
VZK	54ff			Kostenziele führen nicht zu besserer Effizienz. Wie Globalbudgets führen sie dazu, dass das Budget bestmöglich ausgeschöpft wird. Die Vernetzung der Leistungen wird durch die Kostenblöcke weitgehend verunmöglicht. Es wird nicht dort behandelt, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, sondern dort, wo noch genügend Budget vorhanden ist. Zudem führt dies zu einer Zweiklassenmedizin, weil privatversicherte Patienten zeitgerecht behandelt oder bevorzugt werden. Die administrativen Aufwände für die Budgetierung und die Kontrolle der Kostenblöcke ist gigantisch. Davon kommt kein einziger Franken den Patientinnen und Patienten zu Gute. Die Budgetierung ist ein Blindflug. Natürliche Schwankungen in der Nachfrage der Leistungen und beim Ausbruch von	**Art. 54 Kostenziele** 1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz; b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz. 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest: a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen; b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:

				Krankheiten (Epidemien) verbunden mit der Wahlfreiheit des Patienten und der Behandlungs- bzw. Aufnahmepflicht der Leistungserbringer verunmöglichen letztlich die Begründung der Nichteinhaltung von Kostenzielen. Die bereits bestehende Unterdeckung der OKP-Leistungen durch die ungenügenden Tarife würde weiter zementiert und das Verhandlungsprimat weiter ausgehöhlt. Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt worden sind, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden. Kostenziele führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies steht u.E. im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche unter dem Titel der Sozialziele in Art. 41 festhält, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.» Die Vorgabe eines Kostenziels zieht somit viele Nachteile nach sich. Aus unserer Sicht wären eine rasche Umsetzung von EFAS und die Förderung der ambulanten Medizin durch kostendeckende Tarife zielführender.	a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung; b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung; c. den medizinisch-technischen Fortschritt. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft. streichen
VZK	54ff			Im Übrigen verweisen wir auf die detaillierte Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz zu den Artikeln 54 bis 54d. Wir schliessen uns dieser vollumfänglich an.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

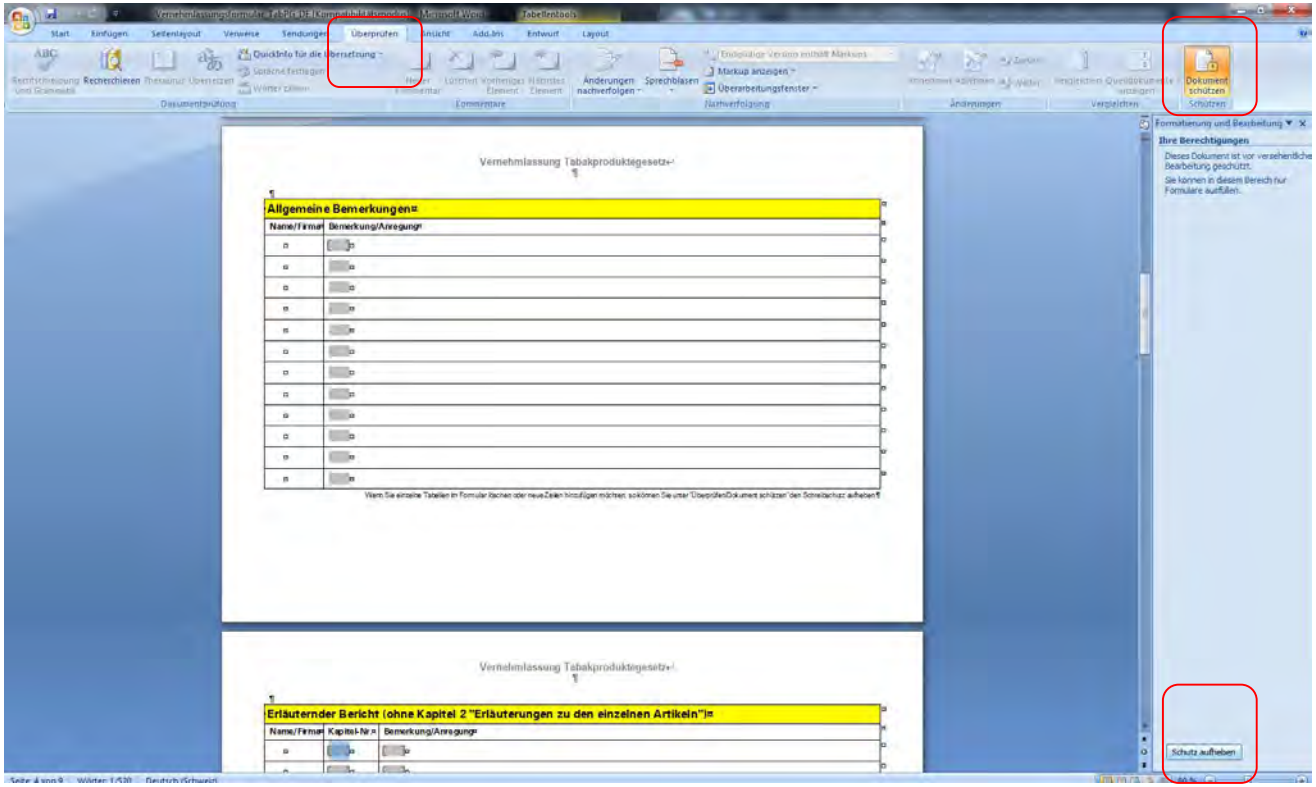
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

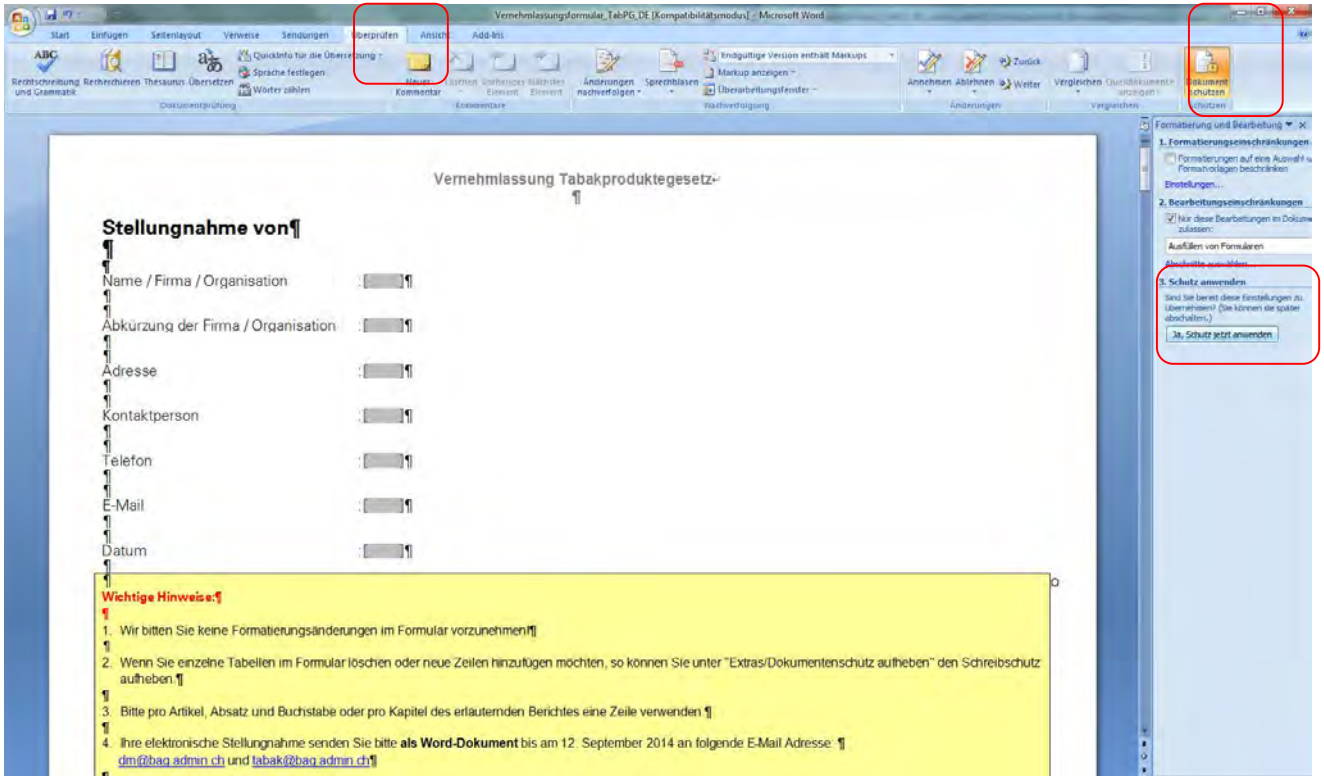


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen

3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Walter Meili, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Habsburgerstr. 15, 4055 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 061 383 72 72

E-Mail : walter.meili@outlook.com

Datum : 11. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 15

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 17

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Dr. Meili	Als Mitglied der FMPP (Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz) spreche ich mich entschieden gegen die mit dem vorliegenden Kostendämpfungspaket 2 einhergehender **schleichenden Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP aus**. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens** und der Politik liegt gerade auch in der heutigen durch die Pandemie geprägten Zeit darin, ein **qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem** zur Verfügung zu stellen. Die durch das Kostendämpfungspaket 2 weitergeführte **Fokussierung auf Kostensparziele** geht in eine falsche Richtung und führt schlussendlich zu einer **Zweiklassenmedizin**. Es werden Fehler gemacht, welche bereits im Ausland begangen wurden.
Dr. Meili	Das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wie bereits das Kostendämpfungspaket 1 primär **gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte**. Das Ziel ist offensichtlich, die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende **Tarifpartnerschaft** (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr **abzuschaffen**.
Dr. Meili	Mit **Globalbudgets** in Form von für einzelne Kostenblöcke formulierten Kostenzielen würde das Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt. Es würde nämlich **attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln**. Gleichzeitig würde der mit dem geplanten Versorgungssystem verbundene **administrative Mehraufwand** im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen das Gesundheitswesen sicher nicht günstiger machen. Es würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Dies widerspricht den ganz wesentlichen Grundsätzen des schweizerischen Gesundheitswesens und wäre diesem schlicht unwürdig.
Dr. Meili	Wenn die Ärzteschaft über Tarifrestriktionen dazu gezwungen werden, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln, untergräbt dies insbesondere das **Arzt-Patientenverhältnis**. Der freie Berufstand der praktizierenden Ärzteschaft würde im Wesentlichen abgeschafft, sei es über Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch Schaffung von Erstanlaufstellen, obwohl das Volk die

	Manage-Care-Vorlage klar abgelehnt hat.
Dr. Meili	Als Mitglied der FMPP wehre ich mich entschieden **gegen die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen**, welche mit **der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle** geschaffen würde. Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die **Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse**. Durch die staatliche verordnete Erstanlaufstelle würde mit der **freien Arztwahl** ein in der Bevölkerung tief verankertes Grundprinzip des schweizerischen Gesundheitswesens abgeschafft.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Dr. Meili	21	2		Als Mitglied der FMPP wehre ich mich nicht gegen die Erhebung von sachdienlichen aggregierten Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht das BAG nicht anzugeben. Ich bin der Meinung, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages keine Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Es kommt dazu, dass der **Schutz der individuellen Daten und die Anonymität der Versicherten** bei einem Datentransfer pro versicherte Person nicht gewährleistet ist. Auch die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Person möglich sind. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell **zentral durch das BFS** erfolgen. Der für die Ärztinnen und Ärzte damit verbundene administrative	Streichung vom 3. Satz in Abs. 2 von Art. 21

				Aufwand ist bereits so erheblich.	

Dr. Meili	32	3		Mit der differenzierten WZW-Prüfung nach Artikel 32 Abs. 3 könnte der Bundesrat neu festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang. Je nach Art der Leistung und den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können. Das aktuell geltende «Vertrauensprinzip» geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine WZW-Prüfung durch das EDI erfolgt nur, falls das Erfüllen der Kriterien bestritten wird. Auch heute besteht aber schon die Möglichkeit, periodische Überprüfungen durchzuführen. Mit dem neuen Absatz 3 in Art. 32 soll das **bewährte «Vertrauensprinzip**» bei den ärztlichen Leistungen (offener Leistungskatalog) nun aber durch ein systematisches periodisches Überprüfungssystem ersetzt werden. Der Bundesrat macht in seinen Erläuterungen keine Angaben über die Ausgestaltung (finanzielle und personelle Ressourcen) eines solchen Überprüfungssystems. Es ist offensichtlich, dass eine Abwendung vom bisher geltenden Vertrauensprinzip hin zu einer systematischen periodischen Prüfung von ärztlichen Leistungen **erhebliche Zusatzkosten** verursacht, **ohne dass mit wesentlichen Kosteneinsparungen zu rechnen ist.** Der Vergleich mit den Arzneimitteln kann hier nicht beigezogen werden.	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art. 32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

				Es genügt, solche Überprüfungen im Rahmen der bereits heute bestehenden Möglichkeiten vorzunehmen, wenn die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Leistung bestritten wird. Es braucht keine systematische Überwachung. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 32 Abs. 3 «Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung» festlegen kann. Für ein solches «**Kostengünstigkeitsprinzip**» ist im KVG jedoch keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Es ist Verfassungswidrig, wenn dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen Art. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leitungen (Leistungssubsegmente) differenziert zu regeln. Es ist nicht zulässig, im therapeutischen Quervergleich die Vergütung wirksamer und zweckmässiger Therapieformen mit Hinweis auf angeblich weniger gute Wirtschaftlichkeit zu verweigern und in Konsequenz daraus die **freie Therapiewahl der Leistungserbringer einzuschränken.**	
Dr. Meili	35	2	o.	Die mit der Einführung der neuen Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» einhergehenden Betriebsauflagen, gehen viel zu weit. Es kann nicht sein, dass in einem liberalen Gesundheitssystem auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Es geht auch nicht an, dass der Bundesrat Führungsinstrumente festlegt, welche alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit	

				und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen. Auch dies geht in Richtung Planwirtschaft. Zudem bergen auch diese Netzwerke die Gefahr von **staatlich geförderter Ungleichbehandlung** zwischen Ärztinnen und Ärzte der gleichen Fachrichtung, indem alle Patientinnen und Patienten einem dem Netzwerk angehörenden Facharzt zugeteilt werden oder indem das Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbart. Damit werden andere Leistungserbringer der entsprechenden Fachrichtung benachteiligt.	
Dr. Meili	36b	1- 3	e.	Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2	Präzisierung: ...notwendigen Daten in aggregierter Form enthalten müssen.
Dr. Meili	40a-d			Eine Erstberatungsstelle ist abzulehnen weil: - es **kein überwiegendes öffentliches Interesse** gibt, die aktuelle (evtl. freiwillig eingeschränkte) Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. - die Erstberatungsstelle vom Versicherten nicht einfach gewechselt werden kann, da der Bundesrat gemäss Art. 40c Abs. 7 Bst. a) die Voraussetzungen regeln soll. - der Weg über eine Erstberatungsstelle ungeachtet der konkreten Umstände zu einer **bürokratischen Zusatzschlaufe** mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen führt, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung **zu Lasten der Patientinnen und Patienten** erschwert und verteuert.	Neu vorgeschlagene Art. 40a- 40d sind zu streichen.

				- der direkte Weg zur Behandlung durch die Fachärztin/den Facharzt **gerade bei chronifizierten Krankheiten** und auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit unabdingbar ist. Psychisch erkrankte Menschen scheuen oftmals den Weg zu einer Erstbehandlungsstelle. Der vorliegende Entwurf führt indirekt zu einer Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen und verhindert oder erschwert deren Behandlung durch eine/n Facharzt/Fachärztin. - es zu einer **staatlich veranlassten, unzulässigen Ungleichbehandlung** zwischen Leistungserbringern führen und den Erstberatungsstellen eine starke Machtposition verschaffen würde, was die Gefahr von Missbräuchen mit sich bringt. - die Erstberatungsstelle mit einer Pauschale pro versicherte und von ihr betreute Person entschädigt (**Staatstarif**) wird. Die Erstberatungsstelle hat Anspruch auf die Pauschale, auch wenn eine versicherte Person ihre Leistungen nicht in Anspruch nimmt (Art. 40c Abs.2). Dies führt zu Anreizen einer **Patientenselektion**, ähnlich den Versicherern. Möglichst gesunde Risiken, minimale Anzahl von Beratungen. In der Folge **sinkt die Qualität der Versorgung, vulnerablen Versicherten sowie chronisch Kranken wird der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert**. - der Bundesrat die Leistungen bezeichnet, die mit der Pauschale abgedeckt gelten (Art. 40c Abs. 4) und auch, wie hoch die jährliche Kopfpauschale ist. Dies beinhaltet ein prospektives Globalbudget und wäre Staatsmedizin	

				in Reinkultur. Die Wahlfreiheit, die mit den heutigen alternativen Versicherungsmodellen, welche von rund 70% der Schweizer Bevölkerung bevorzugt wird, gewährleistet ist, ist bei der vorgesehenen Erstberatungsstelle nicht gegeben. Ein in den Erläuterungen bemühter Vergleich mit diesen Modellen ist somit nicht zulässig.	
FMPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) **orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem	Analog 40a-d anzupassen.

				Verordnungsweg	
FMPP	41a				Analog 40a-d anzupassen.
FMPP	41b				Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
FMPP	42	3ter		Es dürfte immer noch Mitglieder der FMPP geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen die Rechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. **Die Regelung von Art. 42 Abs. 3ter ist folglich zu rigid**. Es ist aber vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerischen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner nicht innert nützlicher Frist darüber einigen können.	Die ersten beiden Sätze sind ersatzlos zu streichen
Dr. Meili	48a			Mit Netzwerken soll die koordinierte Versorgung (M10) gestärkt werden. Neu vorgeschlagen wird, dass die Netzwerke mit einer in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegten Pauschale (je Patientin/Patient oder Versichertengruppe) abgegolten werden (enthält angebotene Leistungen und Koordinationsaufwand), derweil die angeschlossenen Leistungserbringer ihre erbrachten Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind demnach von Gesetzes wegen mit einem Globalbudget alimentiert und übernehmen auch eine entsprechende Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits jetzt möglich (Kann-Formulierung).	Die Kann-Formulierung in Art. 43, Abs. 3 soll auch für Netzwerke der koordinierten Versorgung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48a ist zu streichen.
Dr. Meili	54a-e			Kostenziele bzw. ein staatliches Globalbudget sind abzulehnen weil: - sie die Gesundheitsversorgung verschlechtern würde, da es nicht möglich ist, zwei Jahre im Voraus festzulegen – insgesamt und differenziert für Kostenblöcke und je	Streichung von Art. 54a-e-

				Kanton, wie hoch das tatsächliche Behandlungsbedürfnis sein wird. Wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt sind häufig auch im Nachhinein schwer zu quantifizieren und können schlichtweg nicht vorausgesehen werden. - die Kantone ihre eigenen Ziele pro Kostenblock regeln und weitere Kostenblöcke definieren könnten. Sie könnten so bspw. inskünftig auch den Kostenanstieg pro Fachgesellschaft und je nach Fachgesellschaft auch unterschiedlich festlegen. Dies wäre nicht nur **Planwirtschaft in Reinkultur** sondern würde auch **willkürlichem Handeln** Tor und Tür öffnen. - Korrekturmassnahmen bei nicht Einhalten der Kostenziele grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge (Anpassung Tarife & Preise) bestehen. Die entsprechenden Anpassungen können die Kantonsregierungen staatlich veranlassen, unabhängig von den Gründen, welche zur Nichteinhaltung geführt haben. Eine solche staatliche Intervention ist willkürlich und unzulässig. - bei Korrekturmassnahmen in der Folgeperiode Behandlungen nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten werden. Die Pflichtleistungen, auf deren Kostenübernahme der obligatorisch Versicherte nach wie vor Anspruch hat, würden nicht mehr oder nur unzureichend entschädigt und damit faktisch rationiert. - sie zu einem **massiven Aufbauschen des administrativen Aufwands** führen würde (BAG für Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen;	

				Kantone für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung der betroffenen Akteure sowie für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen). Das Geld würde statt für die Behandlung Kranker, für die Administration eingesetzt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

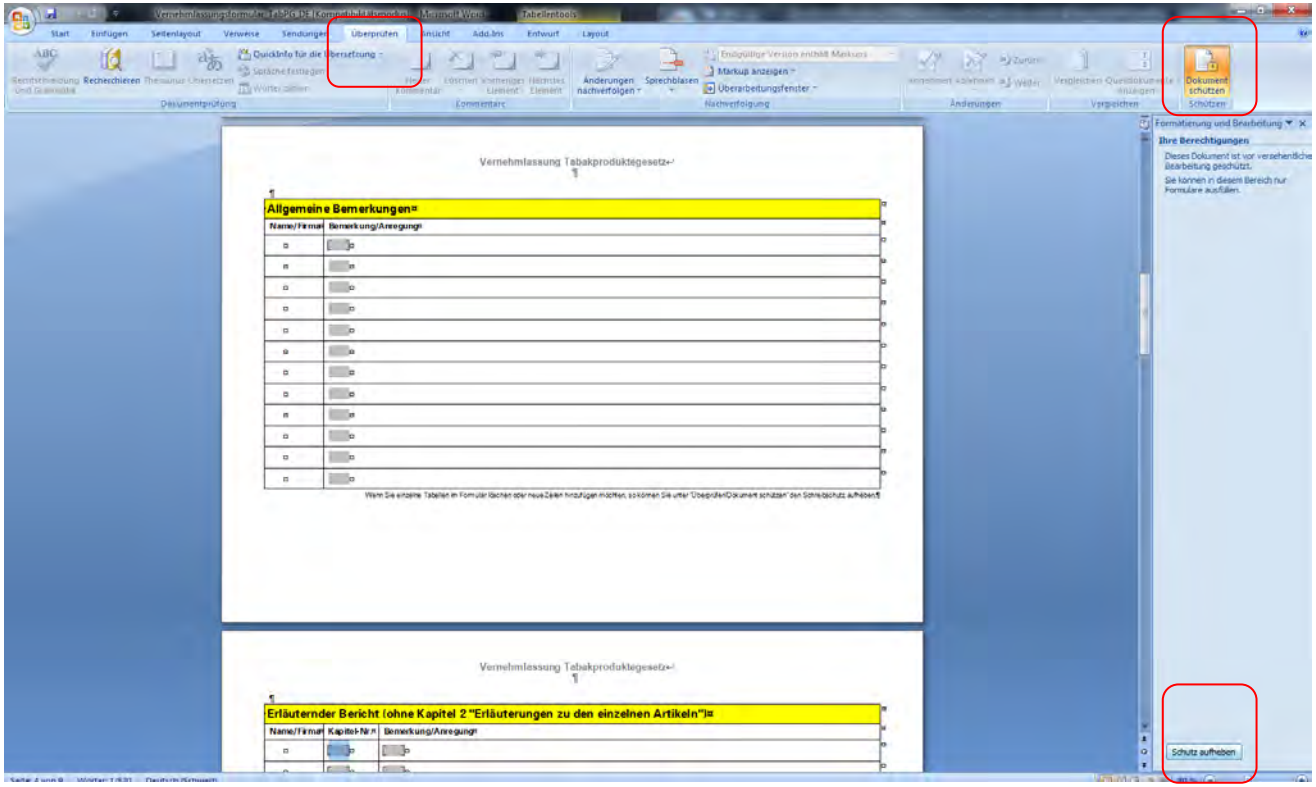
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

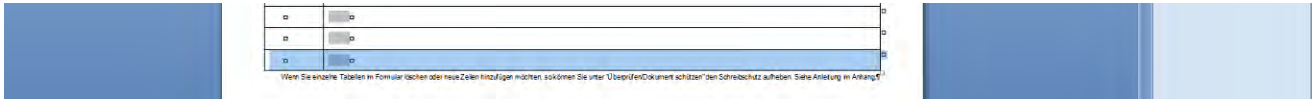
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



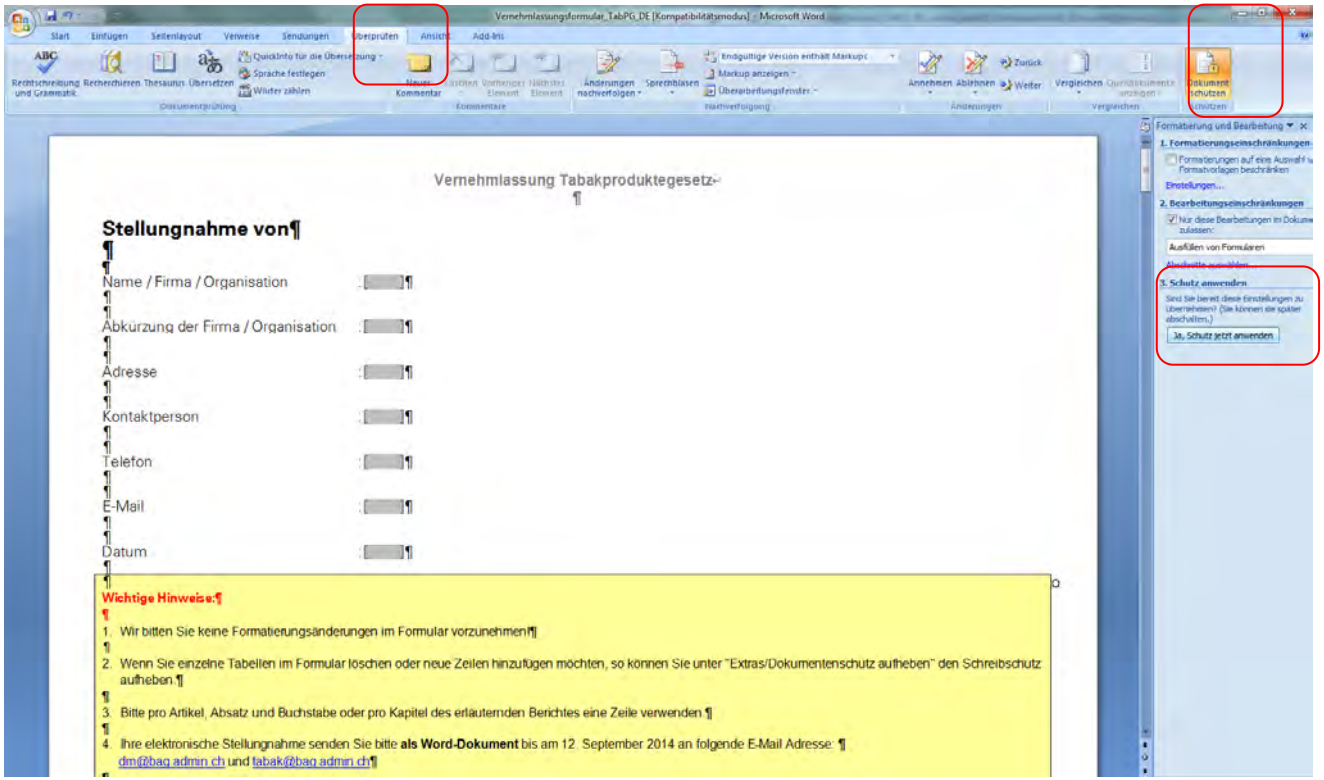
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



ZGKJPP
ZÜRCHER GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir antworten kurz & bündig zu den Massnahmen der Kostendämpfung – Paket 2.

Geben Sie bitte per sofort (!) telemedizinische Leistungen als äquivalent zu Präsenz-Leistungen frei, damit wir Kinder und Jugendliche und ihre elterlichen und sozialen Bezugspersonen aus der Gefahrenzone helfen können -
jetzt unter Pandemie-Bedingungen drängt dies mehr denn je!

Tun Sie dies bitte gleichsam für unsere delegiert schaffenden psychologischen Kollegen, die in diesem Altersbereich die psychosoziale Grundversorgung massgeblich mittragen und mit denen viele Kinder- und Jugendpsychiater eng im Team zusammenarbeiten.

Versäumen Sie dies weiter, sind Sie unmittelbar verantwortlich für Zunahme von Leiden und allfällige Todesfälle von Kindern und Jugendlichen, denen wir gerne - auch unter den erschwerten Pandemie-Bedingungen - unsere Hilfe anbieten möchten & anbieten werden - ob in den wichtigen dezentralen Arztpraxen oder den Kliniken.

Bitte helfen Sie, dass Kinder, Jugendlichen und ihre Familien eine qualitativ hochstehende Versorgung erhalten bleibt und noch leichter zugänglich wird (es braucht hier auch entsprechend Ihren eigenen Analysen eine Angebotserweiterung (!) aufgrund von struktureller Unterversorgung).

Bitte helfen Sie, dass Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten speziell als Niedergelassene und im ambulanten Sektor strukturell unterstützt werden.

Bitte helfen Sie, dass uns der Einsatz für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene im Sinne von dezentraler, interdisziplinärer Vernetzungsarbeit erleichtert wird.

Konkret sind Arbeiten - wie Telefonate und Kontakte mit Lehrern, Ausbildnern und anderen wichtigen Dritten im Kindes- und Adoleszenten-Alter im Umfeld nicht als “Leis-

tung in Abwesenheit" mit stark zeitlicher Deckelung anzuschauen, sondern als Umsetzung der allgemeinen, Evidenz-basierten Psychotherapie-Wirkfaktoren, die massgeblich im sozialen Umfeld zu setzen sind und so dezentral ein Helfernetzwerk aktivieren, welches lokale Gegebenheit berücksichtigen kann.

Bitte helfen Sie mit, dass die gemeinsame Zielsetzung zwischen Patienten und Arzt, das Shared Decision Making, als ebenfalls zentraler Wirkfaktor für jeden Schweizer Patienten und seinen Bezugspersonen leichter umsetzbar wird.

Bitte bieten Sie Hand, dass alle Evidenz-basierten Praktiken inklusive der störungsübergreifenden, ganzheitlichen allgemeinen Wirkfaktoren wie u.a. Feedback- und Fehlerkultur und Empathie und würdevoller Klärungs- und Lösungsarbeit erleichtert umsetzbar werden.

Bitte überlegen Sie mit uns wie solches Tun mit Anreiz-Mechanismen belohnt werden kann, nicht mit Globalbudgetierungen.

Bitte helfen Sie mit, dass kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit wenig administrativen Aufwand und ohne Gängelung durch Versicherer möglich ist.

Ahnden Sie Versicherungen die aktuell unsere Ressourcen abziehen durch teilweise überbordende Fragen durch Mitarbeiter mit wenig Fachkenntnissen und latente oder direkte Eingriffe ins Setting ohne echten Fachsupport für die Patienten oder durchführenden Therapeuten.

Wir danken, wenn wir schnell und nachhaltig von Ihren Unterstützungen für alle jungen Patienten in der Schweiz hören.

Dies spart nachhaltig Kosten im Sinne des so genannten "Return of Investments".

Wir unterstützen die Vernehmlassungsantworten des nationalen Vorstandes der FMPP (der Verbindung der psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz) und der Ärztegesellschaft Zürich zum Kostendämpfungspaket II ausdrücklich.

Danke für Ihre Berücksichtigung unserer Argumente, speziell für alle minderjährigen Patienten und jungen Erwachsener.

Besorgt und parat, uns mit ganzen Herzen und allen professionellen Kompetenzen für die gute Versorgung unserer jungen Patienten einzusetzen

Der Vorstand der ZGKJPP

Zürich, 18. November 2020

Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Zürcher Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : ZGPP

Adresse : Nordstrasse 15, 8006 Zürich

Kontaktperson : ZGPP Vorstand Dr. med. Rosilla Bachmann Heinzer, Präsidentin Dr. med. Anouk Gehret

Telefon : 044 396 61 96

E-Mail : rosilla.bachmann@hin.ch, praesidium@zgpp.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 4

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ZGPP	**<u>Kosten unserer Gesundheitswesens</u>** • Im internationalen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen scheint die Schweiz mit einem Ausgabenanteil am Bruttoinlandprodukt (BIP) von 12 % eines der teuersten Gesundheitssysteme zu sein. Wenn man aber die obligatorischen und staatlichen Gesundheitsausgaben betrachtet, beträgt der Anteil am BIP nur 7.8%, gleichauf mit den staatlichen und obligatorischen Gesundheitskosten in Österreich und Belgien und tiefer als die Niederlande, Deutschland, Dänemark, Norwegen, Frankreich, Schweden und Japan[1]. • Reiche Volkswirtschaften geben in Relation zum Einkommen mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus, Länder mit geringerem Wohlstandsniveau einen geringeren Anteil ihres BIP. Nimmt das BIP eines reichen Industriestaates wie der Schweiz zu, steigt der Anteil der Gesundheitsangaben am BIP. Der Gesundheitsversorgung kommt somit in reichen Staaten wie der Schweiz ein höherer Stellenwert zu, in diesen Ländern ist die Gesundheitsversorgung qualitativ besser und zugänglicher[2]. • Die Haushaltsbudgeterhebungen des Bundesamtes für Statistik[3] zeigen, dass sich die Budgetsituation der Haushalte seit 2006 verbessert hat. Das heisst, ein durchschnittlicher Haushalt hatte 2017 nach Abzug aller Ausgaben mehr Geld zur Verfügung als 2006 mit einem Anstieg der Ersparnis von 9.9% auf 14.4%. Der Anteil der Gesundheitsausgaben (obligatorische Krankenkassenprämien, Zusatzprämien, Out-of-Pocket) am Bruttoeinkommen ist zwischen 2006 und 2017 konstant geblieben. Der durchschnittliche Haushalt gibt also nicht mehr für die Gesundheitsversorgung aus und hat am Ende des Monats einen grösseren Anteil seines Bruttoeinkommens zur Verfügung. Dies widerspricht der Argumentation des Bundes, die Kosten des Gesundheitswesen würden einen immer grösseren Teil des Haushaltsbudgets ausmachen und damit die Massnahmen zur Kostendämpfung rechtfertigen. • Die Gesundheitskosten in der Schweiz werden zu 65% von den privaten Haushalten finanziert. Den grössten Anteil davon entrichten sie an die Sozialversicherungen (inkl. Grundversicherung), fast 25% der Gesundheitskosten wird von der Bevölkerung direkt für Leistungen bezahlt, die nicht von den Krankenkassen gedeckt sind wie Franchisen und Selbstbehalt (Out-of-Pocket-Zahlungen). Ca 29% wurden durch die öffentliche Hand (Gemeinden, Kantone, Bund) finanziert [4]. • Ein wichtiger, nicht zu übersehbarer Punkt in dieser Diskussion ist, dass zwar die Gesundheitskosten in der Schweiz teuerungsbereinigt um rund **86%** angestiegen sind (1996-2020), sich aber im gleichen Zeitraum die mittleren Prämien der Grundversicherung stärker, nämlich um **104%** erhöht haben[5].

	Nutzen und Qualität unseres Gesundheitswesens • Im internationalen Vergleich wird die medizinische Versorgung in der Schweiz mit 66% am häufigsten als hervorragend oder sehr gut beurteilt[6]. Gemäss einer INFRAS-Studie (im Auftrag der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich) haben 89 % der Befragten[7] in der Schweiz haben eine Hausärztin oder einen Hausarzt oder ein Gesundheitszentrum, die sie als erstes aufsuchen bei gesundheitlichen Problemen. 54.2% der Befragten haben in den zwei Jahren vor Befragung eine Spezialisten aufgesucht. Es ist anzunehmen, dass ein relevanter Anteil dieser Konsultationen bei Spezialisten bei Psychiatern/Psychiaterinnen erfolgten. Psychiater sind zwar Spezialisten, aber aufgrund der Prävalenz psychischer Erkrankungen und der Verschiebung auf die ambulante Versorgung zählen sie zu den Grundversorgern für die psychische Gesundheit der Bevölkerung. • Gesamteuropäisch ist die Schweiz bezüglich Zugang zu medizinischen Leistungen an der Spitze. Unsere Wartezeiten bspw. für Termine innerhalb von weniger als einem Monat beim Hausarzt oder Psychiater oder für auch operative Eingriffe sind am kürzesten. In der politischen Diskussion um Kosten und Qualität werden immer wieder Vergleichsländer wie Deutschland und Grossbritannien zitiert, die aber bezüglich Wartezeiten schlecht abschneiden. • Der Nutzen unseres Gesundheitssystems wirkt sich unmittelbar auf die Lebensdauer der Bevölkerung aus. Die vermeidbare (sprich vorzeitig vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare) Sterblichkeit (Treatable Mortality Rate) ist im OECD-Vergleich mit 0.053% auf 100'000 Einwohnern der absolut tiefste Wert[8]. • Der uneingeschränkte und zeitnahe Zugang macht aber die Qualität eines Gesundheitswesens aus. Es ist äusserst relevant wie lange jemand mit einer Erkrankung auf eine Behandlung warten muss. Die Folgen bei langer Wartezeit sind direkte Kosten bei Verlaufsverschlechterungen, notfallmässige stationäre Behandlungen und Chronifizierungen und somit zeitverzögert intensivierte Arzt- oder Spitalbesuche, aber auch indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle oder Pflege von Angehörigen. usw. Bei psychischen Erkrankungen sind nur 27% direkte Kosten versus 73% indirekte Kosten[9]. **Das bedeutet, der uneingeschränkte und zeitnahe Zugang hilft zusätzliche Kosten zu vermeiden.** • **Die frühzeitige und angemessene Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen** hat volkswirtschaftlich gesehen Gewicht, da sie zur Verminderung von Arbeitsausfällen, Chronifizierungen, IV-Berentungen und frühzeitigen Pensionierungen, zu Verbesserung von Verlauf und Prognose und insgesamt zu einer Reduktion der indirekten und direkten Kosten und somit der gesamten Kosten führt. Gemäss WHO ergibt jeder Dollar, der für die Behandlung von Ängsten und Depressionen investiert wird, vier Dollar Gewinn in Form von besserer Gesundheit und höherer Arbeitsproduktivität[10]. • Im Vergleich zum Jahr 2010 ist 2016 der Anteil an Befragten, die zufrieden sind mit dem Gesundheitssystem und dessen Abläufen und **nur geringfügige Änderungen** wünschen, von 46.4% auf 58.6% gestiegen[6]. • und last but not least: dies alles in einem Gesundheitssystem, dass an 3. Stelle weltweit ist bezüglich Qualität und zu dem US-Ökonomin Elisabeth Teisberg in ihrer Studie[11] rät, im CH-System keine Gesundheitsreformen mit dem Ziel der Kostenreduktion zu verfolgen, da diese

	die Kosten noch mehr aufblähen würden. **<u>Fazit Kosten versus Qualität/Nutzen des Schweizerischen Gesundheitswesens</u>** Die Schweiz hat eines der qualitativ hochwertigsten Gesundheitsversorgungssysteme weltweit mit einer guten Kosten-Nutzen-Rechnung, die Schweizer Bevölkerung profitiert von den Leistungen dieses Gesundheitswesens, aber zahlt auch einen Grossteil der Kosten aus eigener Tasche (Out-of-Pocket, private Haushalte) . ***Die Kostendämpfungsmassnahmen bringen für die Bevölkerung einen grossen, unfreiwilligen Nutzenverlust und Qualitätsverlust mit sich vor allem in der ambulanten Gesundheitsversorgung, genau dort, wo die Bevölkerung den grössten Nutzen sieht.***
ZGPP	**Die Haltung der Bevölkerung bezüglich Massnahmen zur Kostensenkung** 87% der Bevölkerung hatten in einer gesamteuropäischen Umfrage 2018[12] eine sehr positiven oder eher positiven Eindruck vom Gesundheitswesen, dies zeigt eine hohe Akzeptanz des vor 22 Jahren eingeführten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der Schweizer Bevölkerung. 73 % der Bevölkerung wollen auf keinen Fall, dass es keine freie Arztwahl mehr gibt[13] (Gesundheitsmonitoring 2019), auch ist im Vergleich zu den Vorjahren die Bereitschaft der Bevölkerung, auf die freie Spitalwahl zu verzichten auf 58% und der Anteil keine Therapiefreiheit zu haben auf 47% gesunken. Unterlegt wurde diese Haltung 2014 von der stimmberechtigen Bevölkerung mit der klaren Ablehnung der «Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse».
ZGPP	**Haltung der Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber den Massnahmen zum Kostendämpfungspaket** Analog zum Kostendämpfungspaket 1 richtet sich auch das Kostendämpfungspaket 2 **vor allem gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte,** aber auch gegen die **Ärztinnen und Ärzte, die im stationären Bereich** tätig sind (siehe Bemerkungen zu Artikel 41). Die freie Arztwahl und der direkte Zugang ist besonders in der ambulanten psychiatrischen Gesundheitsversorgung zentral (siehe Bemerkungen zu Artikel 40a-d Erstberatungsstelle). Der freie Berufsstand der praktizierenden Ärzteschaft ist mit der Globalbudgetierung sowie auch mit der Unterordnung der Behandlung seiner Patienten an irgendwelche Kostenziele und Schaffung von Erstberatungsstellen bedroht. Bei schon ausgeprägtem Nachwuchsproblemen in der Ärzteschaft würde sich dieses noch verschärfen, da die Möglichkeiten der Berufsausübung -ambulant versus stationär- beschnitten wären. Dies bei einer klaren Zielvorgabe des Bundes, dass die ambulante Versorgung unbedingt verbessert und ausgebaut werden soll.

ZGPP	**Vertrauensverhältnis Arzt-Patient-Verhältnis und Kernaufgaben des Gesundheitsversorgungssystems** Versicherte in der OKP haben Anspruch auf volle Leistung ohne Deckelung. Die Versicherungen sind verpflichtet zu zahlen, wenn der Schaden eintritt. Die Deckelung soll nun dadurch erreicht werden, dass Leistungen von Ärztinnen und Ärzten gar nicht erbracht werden und auf diese Weise Patientinnen und Patienten vorenthalten werden. Der wichtigste Befund der INFRAS-Studie[7] der AGZ (Aerztegesellschaft des Kantons Zürich) von 2019 zeigt dass ein schlechtes Arzt-Patient-Verhältnis eine schlechte Versorgung bedeutet. Unser Anliegen ist es, allen Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe zu begegnen und gemeinsam mit den Patienten in voller Transparenz und im besten Wissen und Gewissen die richtige und benötigte Behandlung anzubieten. Die gleichzeitige Doppelrolle des Rationierers und Behandlers ist für uns Ärztinnen und Ärzten gesetzlich und ethisch nicht vertretbar und gefährdet die Grundversorgung und Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Damit unser Gesundheitswesen weiterhin qualitativ hochwertig bleibt, sind die Kernaufgaben des Gesundheitsversorgungssystems, sich an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen zu orientieren, die unsere Leistungen benötigen, und die Voraussetzungen zu schaffen, dass die in den Gesundheitsberufen tätigen Menschen diese Leistungen unter guten und fairen Bedingungen und mit weiterhin guter Qualität erbringen können.
ZGPP	Das BAG zitiert auf seiner Homepage vergleichende Studien und Analysen unseres Gesundheitssystems[14] und beschreibt als eine Schwäche mit Verbesserungspotential «die Komplexität und beschränkte Transparenz des Gesundheitssystem, Zersplitterung und manchmal Inkohärenz der Leistungen auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene». Dies ist im Widerspruch zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung, die mit Kostenzielen und Globalbudget die vorgeschlagenen Netzwerke zur koordinierten Versorgung sowie die Erstberatungsstellen mit einem massiven administrativen Aufwand erhöhen würden. **Massiver administrativer Mehraufwand aufgrund der vorgeschlagenen Massnahmen:** • da wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und medizinischer Fortschritt sogar im Nachhinein schwer zu quantifizieren sind, wird es für das BAG umso schwieriger und aufwändiger sein, Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen zu bewältigen • die Kantone wären mit einem massiven bürokratischen Mehraufwand beschäftigt, die Ziele pro Kostenblock zu regeln und zu definieren und eigene Kostengrenzen festzulegen. In ihrer Verpflichtung, verschiedene Akteure anzuhören und in ihrer Verantwortung für das Reporting an das BAG würde dies auch massive administrative Aufwände mit sich bringen. Die Kantone dürften mit diesen neu implementierten Korrekturmassnahmen willkürlich den Kostenanstieg und das Kostendacht pro Fachgesellschaft festzulegen. Dies wäre das klassische Modell der Planwirtschaft.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
ZGPP	21	2		Die ZGPP spricht sich nicht gegen die Erhebung und die Weitergabe von Daten in aggregierter Form aus, solange sie sachdienlich der Umsetzung des KVG dienen. Wir lehnen jedoch den vorgeschlagenen Artikel ab, der das BAG und den Bundesrat ermächtigt, die Daten zudem pro versicherte Person und auch pro Leistungserbringer zu erheben. Es gibt keine wissenschaftlich angemessene Begründung, dass die aggregierten Daten für die Überprüfung der Kostenentwicklung, zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und den daraus resultierenden Entscheidungsgrundlagen sowie zur Evaluation des Risikoausgleichs sowie zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität im Bereich der Arzneimittel, Mittel und Gegenstände nicht ausreichen sollten. Die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, um Rückschlüsse auf persönliche Informationen der Versicherten zu verhindern. Die Anonymität der Versicherten und der Schutz der individuellen Daten ist bei der Weitergabe pro versicherter Person *nicht* gewährleistet. Eine Datenerhebung mit Daten pro Versicherter sollten nicht als Entscheidungsgrundlage für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung benötigt werden. Grundsätzlich können Daten in aggregierter Form sowie Daten pro Versicherter als Durchschnittswerte keine klare Aussage über die *Qualität* der durchgeführten Behandlungen und deren *Notwendigkeit* geben, vor allem nicht im ambulanten Setting von Haus -und Kinderärztinnen- und ärzten sowie Psychiaterinnen und Psychiatern, die oft ein	Streichung von 3. Satz in Abs.2 von AÜrt. 21

				Patientenklientel behandeln mit schweren oder chronischen Verläufen mit hohem Aufwand. Daten solcher Patienten können in keiner Weise ein Indikator sind für die *Zweckmässigkeit* der Behandlung oder als Entscheidungsgrundlage dienen, ob die Kosten gerechtfertigt sind. Für Tarife gilt grundsätzlich, dass sie der Tarifautonomie unterliegen. Eine Datenerhebung von nicht anonymisierten Daten dient der subsidiären Kompetenz des BR in Bezug auf Tarife nicht mehr als die aggregierten Daten. Die Datenerhebung sollte generell zentral durch das Bundesamt für Statistik erfolgen analog zur bewährten Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS).	
ZGPP	32	3		Wir lehnen die vorgeschlagene systematische periodische Überprüfung der WZW-Kriterien durch den Bundesrat, namentlich die Festlegung ihrer Häufigkeit und ihres Umfang durch den Bundesrat, ab. Die WZW-Kriterien werden bereits heute durch die Versicherer angewendet, auch heute schon werden periodische Überprüfungen durchgeführt, basierend auf dem aktuell geltenden Vertrauensprinzip bei den ärztlichen Leistungen. Dieses geht davon aus, dass die Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die den WZW-Kriterien entsprechen mit offenem Leistungskatalog. In den aktuellen Erläuterungen werden vom Bundesrat keine Angaben über die Ausgestaltung und Finanzierung eines solchen systematischen Überprüfungssystems gemacht, dass angewendet werden soll um eine Überarztung zu erfassen, die nicht besteht. Eine Systematisierung der schon bestehenden Überprüfungsmöglichkeiten der WZW-Kriterien braucht es nicht und sie würde zu erheblichen Zusatzkosten führen ohne wesentliche Kosteneinsparungen.	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art.32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

ZGPP	35	2	o.	Wir lehnen eine Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie ins KVG nach Art.35 Abs. 2 Bst. o. ab, da die Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen für diese neue Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» eine Generalvollmacht für den Bundesrat bedeuten würde. Mit der Annahme dieses Artikel könnte der Bundesrat Führungsinstrumente festlegen, welche alle notwendigen Daten für die Beurteilung der Zulassungsvoraussetzungen, der Wirtschaftlichkeit und der Tarifierung enthalten müssen. Dies Weg wäre ein weiterer Schritt in Richtung Planwirtschaft. Unserem aktuell liberalen Gesundheitssystem würde durch die Einführung dieser Artikels vorgegeben werden, wie solche Betriebe organisiert werden müssen, wie die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Die Definition eines Ärztenetzes ist überflüssig, da diese schon in den Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch die Ärzte und Ärztinnen dienen, enthalten ist und in Art. 36a bereits definiert sind.	
ZGPP	36b	1-3		Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2 Eine Förderung der koordinierten Versorgung ist grundsätzlich zu begrüssen, jedoch bezweifelt die ZGPP, dass die geplante Gesetzesänderung, nämlich die Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen durch den Bundesrat für Netzwerke zur koordinierten Versorgung eine wirtschaftliche und qualitätserhaltende Förderung bedeutet. Diese Gesetzesänderung ist ein massive bürokratischer Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke, diese sind in einem liberalen Gesundheitssystem frei in ihrer Organisation und Struktur.	Präzisierung:….notwendige Daten in aggregierter Form enthalten müssen

				Im vorgeschlagenen Artikel 36b 2 legt der Bundesrat die Zulassungsvoraussetzungen fest. Das bedeutet, der Bundesrat muss die von der Ärzteschaft erstellten Qualitätskriterien (inkl. zb Fortbildungskriterien, Qualitätszirkel usw), die relevant sind für die Qualität unserer Arbeit, nicht berücksichtigen in seiner Beurteilung. Diese Netzwerke bergen die Gefahr von staatlich geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten der gleichen Fachrichtung trotz gleich hoher Qualität, indem Leistungserbringer der gleichen Fachrichtung benachteiligt werden, die nicht einem Netzwerk angehören.	
ZGPP	40a-d			Die ZGPP lehnt die Einführung von Erstberatungsstellen ab. Patientinnen und Patienten sollen weiterhin die Möglichkeit haben, direkt einen Arzt/eine Ärztin ihrer Wahl aufzusuchen, ausser sie haben freiwillig ein Versicherungsmodell mit Gatekeeper Funktion gewählt. Gerade bei psychiatrischen PatientInnen sind die Gesundheitskosten mit dem Gatekeeping Modell deutlich höher als bei freier Arztwahl. Es ist aus unten aufgeführten Gründen dringend notwendig, dass die Patienten und Patientinnen weiterhin direkt eine Psychiaterin oder einen Psychiater aussuchen können. Der Anteil der Behandlungen psychischer Krankheiten am Gesamtvolumen der medizinischen Behandlungen ist gross, vor allem im ambulanten Bereich. Psychiater und Psychiaterinnen sind aufgrund der Häufigkeit der Erkrankungen und aufgrund des Direktzugangs für einen Grossteil der medizinischen Versorgung unseres Landes zuständig. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind die zweitgrösste Facharztgruppe der Schweiz (hinter den Fachärzten für allgemeine innere Medizin). Sie sind für die Schweizer Bevölkerung bei psychischen Erkrankungen die ersten Ansprechpersonen. Gemäss einer BASS-Studie[15] nehmen 42%	Neu vorgeschlagene Art. 40a-40d sind ersatzlos zu streichen

				der Befragten mit einem psychischen Problem direkt bei Psychiatern und Psychiaterinnen eine Behandlung in Anspruch (von Psychiater und Psychiaterinnen delegierte Therapeuten und Therapeutinnen nicht eingerechnet). In Ländern wie Deutschland und den Niederlanden ist dies in nur 9% resp. 13% der Fall. Die rasche und direkte Behandlung durch die Psychiater und Psychiaterinnen in der Schweiz schlägt sich auch in den Gesundheitskosten nieder. So sind die Kosten der *psychischen* Gesundheitsversorgung in der Schweiz mit ihrer hohen - aber eben wichtigen und notwendigen – ambulanten Psychiaterdichte verglichen mit den Niederlanden deutlich tiefer mit 9.2% versus 20.9%. Die **Niederlande sowie Deutschland** werden mit ihrem Gatekeeping-Modell für die aktuell vorgeschlagene Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung als positive Beispiele aufgeführt, die **Kosten für die psychische Gesundheitsversorgung sind mit dem Gatekeeping-Modell aber nachweislich höher als in der Schweiz**. Die psychische Gesundheit in der Schweiz rückte in den letzten Jahren zunehmend ins Zentrum politischer Bemühungen. So wurde der Bundesrat beauftragt, Verbesserungen zur Vorbeugung und Früherkennung psychischer Störungen anzustreben. In einem hierfür ausgearbeiteten vierteiligen Massnahmenpaket wurde unter anderem der niederschwellige Zugang zu Angeboten der gemeindenahen Versorgung gefordert[16]. Diese Niederschwelligkeit würde unseres Erachtens ins Gegenteil verkehrt, wenn Patienten mit Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Unterstützung jedes Mal durch einem Gatekeeper beurteilt werden müssten. Es ist vorstellbar, dass ein nicht-psychiatrischer Gatekeeper für Betroffene mit einer psychischen Erkrankung eine unüberwindbare Hürde darstellt und sich dann wegen Behandlungsverzögerung auch der Verlauf und die Prognose verschlechtert. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Beziehung ist	

				ausschlaggebend für den Therapieerfolg, das Vertrauen zum Behandler ist bei psychischen Problemen zentral und es besteht weiterhin eine Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Dies sind Faktoren, die besonders in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung die freie und direkte Arztwahl umso relevanter machen. Die freie Arztwahl und der direkte Zugang zu Psychiater und Psychiaterinnen ist ein Bedürfnis für die Bevölkerung. Aufgrund von Umfragen und von Volksabstimmungsresultaten zeigt sich, dass die Bevölkerung einen direkten Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung ohne Gatekeeping wünscht. 2012 scheiterte ein ähnliches Managed-Care-Modell wie die aktuell vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung in der Volksabstimmung mit 76 Prozent Nein-Stimmen. Die Bevölkerung müsste mitentscheiden können, welche Ärzte und Ärztinnen die EinwohnerInnen ohne Gatekeeping aufsuchen können. Es ist unseres Erachtens eine unzumutbare Bevormundung, wenn Menschen mit psychischen Problemen, denen es aufgrund der Stigmatisierung ohnehin schwer fällt, Hilfe in Anspruch zu nehmen, vor jedem Besuch beim Psychiater einen Gatekeeper aufsuchen sollen. Es ist nicht im Interesse der Bevölkerung, die aktuell freiwillig eingeschränkte Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. Der Weg über eine Erstberatungsstelle führt zu einer bürokratischen Zusatzschlaufe mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen, welche den freien Zugang zur medizinischen Behandlung zu Lasten der Patientinnen und Patienten erschwert und verteuert. Die Pro-Kopfpauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen. Wenn die Pauschalen wegen aufwändigen Patienten aufgebraucht sind, sind die Leistungserbringer gezwungen, sich auf möglichst gesundes Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit	

				erhöhtem Behandlungs- und Abklärungsbedarf nicht zu behandeln. Dies führt zu Anreizen einer Patientenselektion, ähnlich wie bei den Versicherern. Eine gute Koordination und umfassende Abklärungen sind nicht möglich, in der Folge sinkt die Qualität der Versorgung, der Zugang zu medizinischen Leistungen wird chronisch erkrankten und psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten erschwert. Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist und bleibt zentral. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl prinzipiell für alle auf. Dies entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung.	
ZGPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem	Analog 40a-d anzupassen

				Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg.	
ZGPP	41	a		Da die Erstberatungsstelle (Art. 40a-d) abgelehnt wird, kann auf den Art. 41a ebenfalls verzichtet werden.	Analog 40a-d anzupassen
ZGPP	41	b			Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
ZGPP	48	a		Für die neu geplanten «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» werden mit den Versicherern in Tarifverträgen Pauschalen je Pat/Patientin oder Versichertengruppe festgelegt, während die angeschlossenen Leistungserbringer ihre Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen sollen. Die Abgeltung der Netzwerke und deren angeschlossenen Leistungserbringer wären demnach von Gesetzes wegen einem Globalbudget zugeordnet mit entsprechender Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. Und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits möglich (Kann-Formulierung)	In Art. 43, Abs. 3 soll auch für die Netzwerke der koordinierten Versorgung die Kann-Formulierung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48 a ist zu streichen.
ZGPP	54	a-e		Die ZGPP lehnt Kostenblöcke, Kostenziele bzw ein staatliches Globalbudget ab. Wie wir auch jetzt in der Pandemie erleben, kann bisher noch in keiner wissenschaftlichen Untersuchung aufgezeigt werden, welcher Anstieg der Gesundheitskosten auf die wirtschaftliche Entwicklung, den demographischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist. Die möglichen und erlaubten Mehrkosten werden deshalb rein politisch definiert werden. Bei Überschreitungen dieser Kostenziele werden zur Senkung der Kosten die Tarife generell gesenkt oder in Abhängigkeit der Leistungsmenge, beides erfolgt als staatliche Intervention oder kantonal willkürlich. Bei einem jährlichen Preisabschlag werden insbesondere Ärztinnen und Ärzte jener Fachbereich leiden, deren Umsätze bereits heute	Ersatzlose Streichung von Art. 54a-e

				kaum die Gestehungskosten der Praxis decken können. Dies sind vor allem Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, also die Grundversorger. Die Nachwuchsprobleme genau in diesen Fachgebieten sind schon heute deutlich spürbar und werden durch die vorgeschlagenen Massnahmen noch verschärft. Es ist für einen Leistungserbringer im klinischen Alltag nicht möglich, bei einem Patienten mit einem bestimmten Behandlungsbedarf an Tag x zu wissen, wie viele weitere Patienten in der laufenden Budgetperiode noch mit diesem oder einem noch dringenderen Behandlungsbedarf zu ihm kommen. Das heisst, Ärztinnen und Ärzte werden medizinische Ressourcen beschränken müssen. Wir Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sind verpflichtet, den Patienten und Patientinnen die medizinische Behandlung zu geben, die sie benötigen. Dies ist im oben genannten Rahmen nicht mehr möglich. Die Einführung einer Zielvorgabe in der OKP würde zu einer Zweitklassenmedizin führen, bei der zahlungskräftigere Schweizerinnen und Schweizern bevorzugt wären. Auch ist zu erwarten, dass die Kostenziele respektive das Globalbudget zu hohen Ausgaben für den administrativen Aufwand führen werden: -beim BAG für die Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen -bei den Kantonen für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung betroffener Akteure -für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen. Diese hohen Ausgaben für einen massiv erhöhten	

				administrativen Aufwand werden für die Behandlung Kranker fehlen.	

[1] OECD Health Data 2019, https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTree!=9
[2] OECD Health Data 2019: Gross Domestic Product (GDP), https://stats.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm
[3] Haushaltsbudgeterhebungen Bundesamt für Statistik, Haushaltseinkommen und -ausgaben sämtlicher Haushalte nach Jahr. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.assetdetail.10867220.html
[4] Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, 2018
[5] Seco, 2018; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, 2018; Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2017, Bundesamt für Gesundheit, 2018; Teuerungsbereinigung durch Interpharma.
[6] International Health Policy Survey, Commonwealth Fund 2016
[7] Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar 2019. Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ. Ansprüche an die ärztliche Versorgung. Befragung der Bevölkerung und der ÄrztInnen. Studienbericht Zürich. INFRAS.
[8] Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, S59
[9] Die Kosten der nicht übertragbaren Krankheiten in der Schweiz, Wieser et al., Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, 2014.
[10] Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry, 3(5): 415-424
[11]Elisabeth Teisberg. Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health Care. (2013). Study of Swiss health care system by Elisabeth O. Teisberg, published 2008.
[12] Euro Health Consumer Index 2018. https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf
[13] gfs Gesunheitsmonitoring 2018
[14] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/internationale-beziehungen/internationale-gesundheitsthemen/comparaisons-analyses-systemes-sante.html
[15] Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland. Jäggi, J, Künzi K, deWijn, N, Stocker, D. BASS, Schlussbericht vom 9. März 2017
[16] Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Handlungsfelder; Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen GesundheitsdirektorInnen GDK, Gesundheitsförderung Schweiz; 2015

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen

Abkürzung der Firma / Organisation : ZHAW, IHB

Adresse : ZHAW, Institut für Hebammen, Departement Gesundheit, Katharina-Sulzer-Platz 9, Postfach, 8401 Winterthur

Kontaktperson : Beatrice Friedli, Leiterin Institut für Hebammen

Telefon : +41 58 934 63 50

E-Mail : beatrice.friedli@zhaw.ch

Datum : 15.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 13

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 14

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
ZHAW, Institut für Hebammen	35 36 40	2	O b und folgende a und folgende siehe die Bst. c und d und Punkt 4	Erstberatungsstelle/Advanced Practice Die ZHAW, Institut für Hebammen begrüsst es sehr, dass der Bundesrat gut acht Jahre nach dem Scheitern der "Managed-Care"-Vorlage substanzielle – und substanziell bessere – Vorschläge zur Stärkung der koordinierten Versorgung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung macht. Die Einführung von Erstberatungsstellen und die gesetzliche Verankerung von Netzwerken der koordinierten Versorgung sowie von Programmen der Patientenversorgung sind Massnahmen, die in die richtige Richtung gehen. Die Stärkung der **Leistungskoordination**, der (Erst-)**Beratung** und der **Dossierführung** ist sehr wichtig. Diese Aufgaben müssen aber zusammen gedacht werden, weshalb die ZHAW, Institut für Hebammen nicht einsieht, wieso der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle und den Netzwerken der koordinierten Versorgung zwei verschiedene und voneinander getrennte neue (bzw. neu definierte) Kategorien von Leistungserbringern einführen will: Netzwerke können die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen, Erstberatungsstellen müssen aber nicht zwingend Koordinationsaufgaben übernehmen; Erstberatungstellen sollen obligatorisch sein, Koordinationsnetzwerke hingegen nicht. Die ZHAW, Institut für Hebammen erachtet es als wichtig, dass sowohl die **Erstberatung** als auch die **Dossierführung** (inkl. elektronischem Patientendossier) und die	**Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung** 1 Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die: a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt. oder c. durch eine Hebamme mit registriertem Advanced Practice Titel (bsp. AP Midwife) geleitet wird. d. einem Geburtshaus auf der kantonalen Spitalliste entspricht 2 Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur

				Leistungskoordination aus einer Hand erfolgen. Als **Gegenvorschlag** zu den bundesrätlichen Vorschlägen bzw. als **Konzept** für deren **konsequentere Umsetzung** soll mit der Einführung einer **einheitlichen "Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)"** der Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer hochstehenden und optimal koordinierten medizinischen Erstversorgung sichergestellt werden. Die gegenwärtigen Entwicklungen des Gesundheitswesens in der Schweiz entsprechen den globalen Trends und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Diese sind von einer deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität in allen Altersgruppen (Global Buden of Disease Study, 2017), von einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung, von Fachkräftemangel, der Förderung von Medizintechnologie und Digitalisierung sowie der **Stärkung paramedizinischer Berufe** gekennzeichnet. Diese Entwicklungen tangieren auch die perinatale Gesundheitsversorgung. In diesem Kontext begrüsst die ZHAW, Institut für Hebammen die Absicht des Bundesrates, die «Advanced Practice Rolle (AP)» zu stärken und im Gesetz zu verankern. Es ist aber zwingend notwendig die AP-Rolle spezifisch pro Beruf zu verankern und nicht der Begriff ANP (Advanced Nurse Practitioner) generell, damit alle paramedizinischen Berufe, welche AP Rollen in Zukunft definieren, ebenso abgebildet sind. International misst die Weltgesundheitsorganisation in ihrem europäischen Kompendium “Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health (WHO 2015) den Hebammen eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Herausforderungen in der Perinatalversorgung zu. Im englischsprachigen Raum ist diese erweiterte und spezialisierte Befähigung von Hebammen ab Masterniveau (MSc) unter dem Begriff “Advanced Midwifery	koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. 3 Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen: a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin oder die Hebamme mit registriertem Advanced Practice Titel (AP Midwife) oder die Leitung eines Geburtshauses auf der Spitalliste, der oder die das Netzwerk leitet; b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss; c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss; d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette; e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen; f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der Patientin;

				Practice" (AMP) oder "Advanced Practice Midwife" (APM) bekannt. Diese AMP Rollen sind vor allem in den anglosaxonischen Länder weit verbreitet (Crabbe & Hemingway, 2014). Gesundheitsfachpersonen in Advanced Practice Rollen verfügen über eine Ausbildung auf MSc Niveau und damit über vertiefte wissenschaftliche und fachliche Kompetenzen. Dank diesen können sie Aufgaben übernehmen, die über ihren klassischen Verantwortungsbereich hinausgehen. Sie sind prädestiniert eine BKS zu leiten. Die BKS – das können neben Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Gemeinschaftspraxen auch Geburtshäuser auf der Spitalliste oder von Hebammen mit AP Titel geleitete Hebammenpraxen sein – sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination der Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie würden sicherstellen, dass das elektronische Patientendossier laufend aktualisiert und kompetent geführt wird. Die BKS stellen aber auch die Kontinuität in der Begleitung der PatientInnen sicher und stärken die interprofessionelle Zusammenarbeit. Somit wäre gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten – je nach Lebenssituation – auch nicht-ärztlich geführte Netzwerke als BKS wählen könnten und nicht "gezwungen" werden, ausschliesslich ärztlich geleitete Netzwerke zu wählen. Soll die Interprofessionalität gemäss der Charta der SAMW aber zum Durchbruch verholfen werden, muss die AP Rolle zwingend auf der gesetzlichen Ebene legitimiert werden. Dies ist nötig, um auch im Bereich der paramedizinischen Berufe Pilotprojekte im Bereich AP rascher zu implementieren und geeignete Tarifierungssysteme entwickeln zu können. Die pauschale Abgeltung der Leistungen der Erstberatung und der Koordination ist richtig, sie birgt aber auch ein Missbrauchspotenzial. Besteht nämlich ein ökonomischer Druck, Beratungsleistungen unter möglichst geringem Aufwand zu erledigen, so würde dies in der Geburtshilfe Probleme schaffen. Vor allem Schwangere in komplexen Situationen könnten zum	4 Der Bundesrat regelt den Advanced Practice (AP) Titel für Hebammen.

				"unerwünschten Kostenrisiko" werden. Abhilfe könnte hier schaffen, dass besonders aufwendige, eindeutig notwendige und identifizierbare Beratungs- und Koordinationsaufgaben als Einzelleistungstarife verrechnet werden könnten.	
ZHAW, Institut für Hebammen	64	7	b	ZHAW, Institut für Hebammen unterstützt und begrüsst grundsätzlich die vom Bundesrat gewählte Formulierung: «Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG soll ergänzt werden mit den Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft. Auch diese Leistungen sollen, neben den Leistungen nach den Artikeln 25 und 25*a* KVG, ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft, von der Kostenbeteiligung befreit werden.» **Es ist wichtig, dass sämtliche Mutterschaftsleistungen sowie auch alle «schwangerschaftsfremden» Leistungen von Franchise und Selbstbehalt befreit sind.** Die **im Gesetzestext belassene Definition und enge Limitierung *ab der 13. Schwangerschaftswoche*** führt in der Praxis jedoch immer wieder zu grossen Problemen. Die Problematik beginnt nämlich dann, wenn Schwangere vor der 13. SSW schwangerschaftsbedingte Komplikationen wie Blutungen, drohende Fehlgeburt oder eine Fehlgeburt erleiden. Die Krankenversicherer kommen für Komplikationen in der Schwangerschaft erst ab der 13. Schwangerschaftswoche auf. Sämtliche Kosten (z.Bsp. wiederholter Ultraschall bei Komplikationen, zusätzliche Laborkontrollen und operative Curettage) müssen von der Schwangeren selber getragen werden. Die Motion Kälin 18.4372 aus dem Jahre 2018 zeigt	

				diese Situation exemplarisch auf. Schwangere, welche vor der 13. SSW Komplikationen erleiden oder sogar ihr Kind verlieren, werden gegenüber Frauen, welche diese Probleme zu einem späteren Zeitpunkt (nach der 13. SSW) erfahren, klar benachteiligt. Sie tragen teilweise hohe Kosten der Behandlungen selber. Eine Curettage kostet (operativer Eingriff im Spital, excl. Vor- und Nachkontrolle) rund CHF 800 - 1100. Die Frauen müssen auch für den Selbstbehalt aufkommen und es wird ihnen die Franchise berechnet. Mit allen Kontrollen kann diese Summe rasch auf gegen CHF 1500 - 2000 steigen. Nicht wenige Frauen in der Schweiz sind von dieser gesetzlichen nicht verständlichen Ungleichstellung betroffen: Etwa jede fünfte Schwangerschaft endet in einer frühen Fehlgeburt [4] [5]. Allein am Universitätsspital Zürich betraf diese Unrechtbehandlung in den Jahren 2018/2019 insgesamt 266 resp. 300 Frauen. Der in der Motion Kälin korrekt beschriebene Missstand wird mit dem vorliegenden Textvorschlag des Artikels 64, Abs. 7, Bst. b leider **nicht** behoben. Er kann nur behoben werden, wenn die Kostenbeteiligung bereits ab Beginn der Schwangerschaft wegfällt. (siehe Textvorschlag). In der bundesrätlichen Begründung zur Motion Kälin wird mit folgender Erklärung auf den Vorschlag der Kostenbefreiung ab Beginn der Schwangerschaft argumentiert: «*Mit der heutigen Regelung werden Behandlungen von Komplikationen in den ersten zwölf Wochen wie Spontanaborte oder Eileiterschwangerschaften nicht von der Kostenbeteiligung befreit. Es ist korrekt, dass Frauen, welche in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen wegen Komplikationen Behandlungen benötigen, gegenüber Frauen, bei denen die Schwangerschaft problemlos verläuft, in Bezug auf die Erhebung der Kostenbeteiligung benachteiligt sind. Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang festgehalten, dass* ***der Beginn der Schwangerschaft erst im Nachhinein*** *festgestellt werden kann*	Textvorschlag für Art. 64, Abs. 7, Bst. b KVG: *Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:* *Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und*

				und der Versicherer allenfalls bereits Kostenbeteiligungen auf Behandlungen erhoben hat, wenn er von der Schwangerschaft erfährt. ***Eine nachträgliche Befreiung von der Kostenbeteiligung*** *auf Behandlungen während den ersten zwölf Schwangerschaftswochen würde daher zu* ***unverhältnismässigem Verwaltungsaufwand*** *führen.»* Für die ZHAW, Institut für Hebammen ist dies eine unhaltbare und fadenscheinige Begründung, denn es geht letztlich nur darum, für die Versicherer die Verwaltungskosten tief zu halten. Damit werden die Kosten jedoch bewusst den betroffenen Schwangeren auferlegt! Die ZHAW, Institut für Hebammen wehrt sich vehement gegen diese gesetzliche Ungerechtigkeit, die weder logisch begründbar noch medizinisch vertretbar ist. Eine Schwangerschaft wird berechnet aufgrund des ersten Tages der letzten Menstruation. Bleibt die monatliche Blutung aus, macht die Frau in der Regel bald einen (in der heutigen Zeit quasi überall, sogar am SELECTA-Automat, erwerbbaren) Schwangerschaftstest. Fast jede Schwangere in der Schweiz weiss bereits nach 4-6 Wochen post menstruationem, dass sie gemäss Schnelltest schwanger ist und geht Folge dessen bereits in der 6. – 8. Woche zur ersten Untersuchung. Das heisst, die tatsächliche Zeitspanne, währenddessen allfällige bereits bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssten und dadurch hohe Verwaltungskosten entstehen würden, ist kurz und rechtfertigt niemals die auf die Betroffenen überwälzten Kosten. Hebammen, welche Schwangerschaftskontrollen anbieten, sind mit einem **zusätzlichen Problem** konfrontiert, welches nur durch die Übernahme des Textvorschlages des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) behoben werden kann. Nämlich: - Schwangerschaftskontrollen, welche vor der 13. Schwangerschaftswoche (also noch vor der Kontrolle bei einer Ärztin) von Hebammen durchgeführt werden, werden in vielen Fällen durch die Versicherer nicht bezahlt. Begründung der	*30, die* ***ab Beginn der Schwangerschaft****, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.*

				Versicherer: «Da die 13. SSW noch nicht mit einem Ultraschalluntersuch bestätigt wurde, wird diese Kontrolle nicht vergütet». In solchen Fällen stellen die Versicherer entweder der Schwangeren die Kontrolle in Rechnung und/oder die Kontrolle wird der Hebamme nicht bezahlt, was bedeutet, dass sie in solchen Fällen gratis eine medizinische Leistung erbracht hat. Hebammen sind befugt, gemäss Artikel 13, KLV Schwangerschaftskontrollen in eigener fachlicher Verantwortung durchzuführen. Diese Kompetenz wird durch das Gebaren der Versicherer seit etlichen Jahren beschnitten. Hebammen bieten Schwangerschaftskontrollen vor der 13. Schwangerschaftswoche oft gar nicht mehr an, um den Schwangeren Kosten zu ersparen. Auch das wiederholte Intervenieren des Schweizerischen Hebammenverbandes SHV unter Bezugnahme des Informationsschreiben des BAG vom März 2018 half nicht zu verhindern, dass etliche Versicherer Gesetze enger interpretieren als das BAG dies offiziell kundtut. Dies zeigt auf, wie wichtig es ist, dass eine Änderung auf der gesetzlichen Ebene passiert, denn Informationsschreiben werden missachtet und bleiben wirkungslos. 4 Lippincott Williams & Wilkins (2012): The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics (4 ed.) pp. 438–439 5 Diese Zahlen sind Schätzungen und gelten in Fällen, in denen der Frau bereits bekannt gewesen war, dass sie schwanger war. In vielen Fällen geschieht eine Fehlgeburt jedoch bereits bevor die Frau merkt, dass sie überhaupt schwanger war. Quelle: «How many people are affected by or at risk for pregnancy loss or miscarriage?» www.nichd.nih.gov. July 15, 2013	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

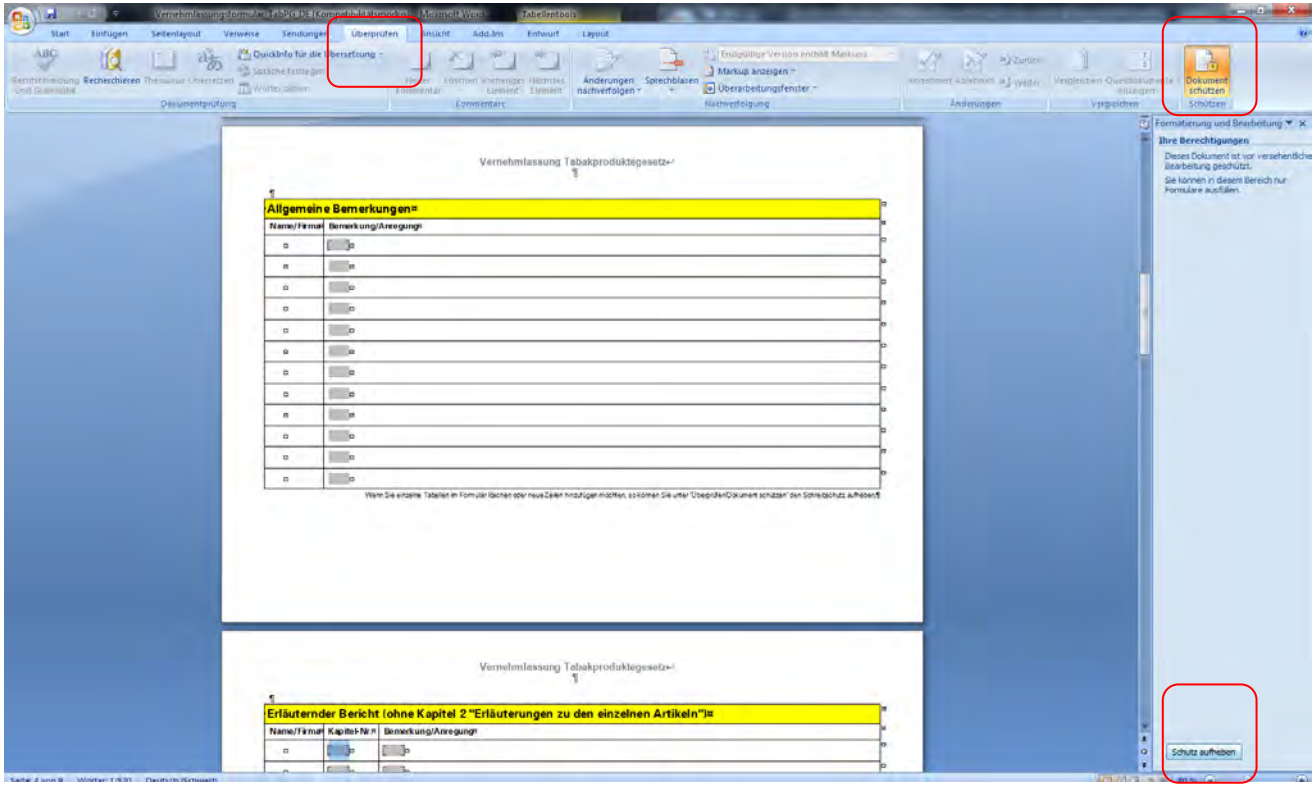
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

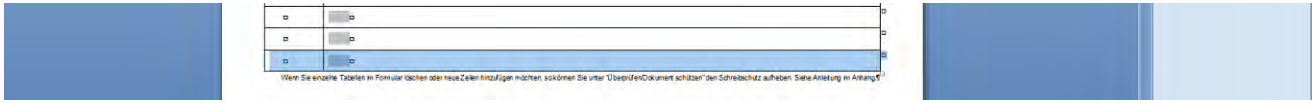
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



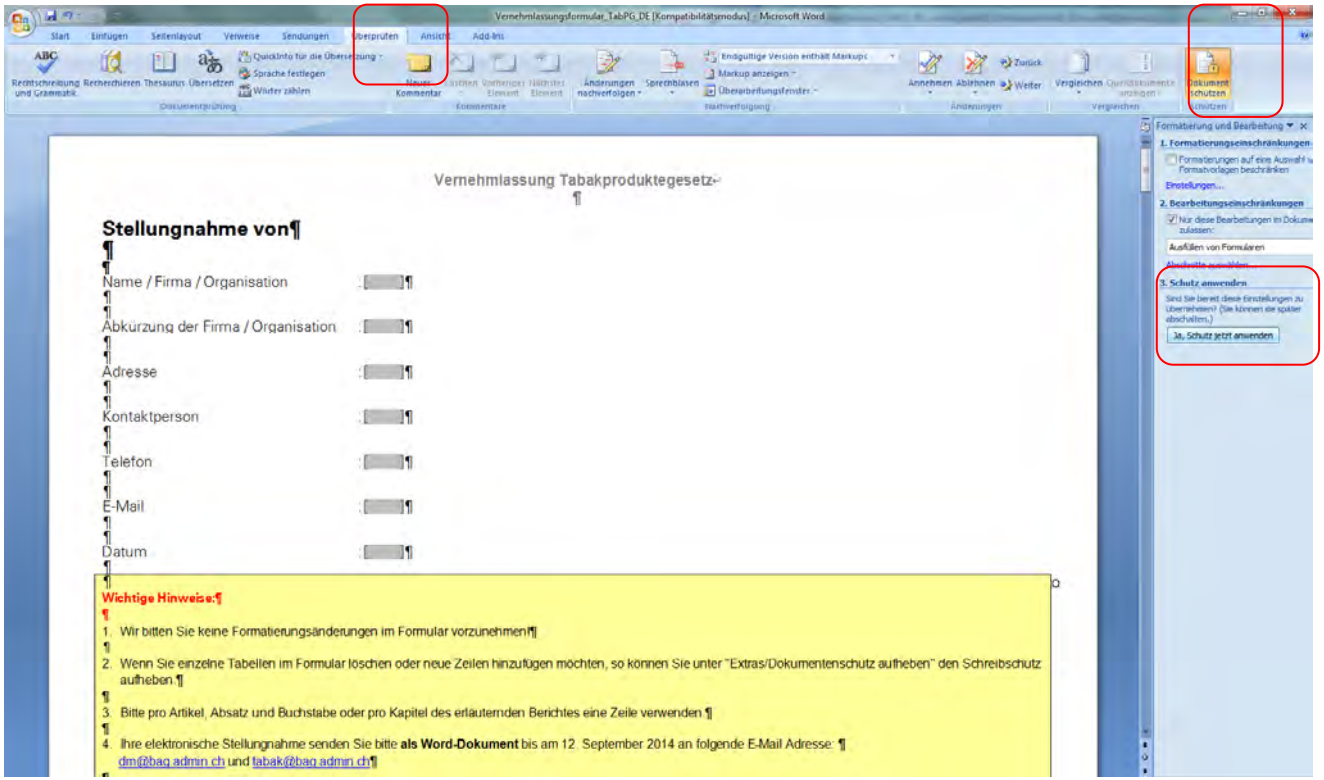
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : zmed Zürcher Ärztegemeinschaft AG

Abkürzung der Firma / Organisation : zmed

Adresse : Grütlistrasse 36

Kontaktperson : Jacqueline Geser

Telefon : 044 280 16 16

E-Mail : sek.zmed@hin.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
zmed	Wir danken für die Gelegenheit die vorgesehenen Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes kommentieren zu dürfen. Die zmed als grösstes Stadtzürcher Ärztenetzwerk mit über 220 Mitgliedern (Grundversorgern und Spezialisten), lehnt das Massnahmenpaket 2 integral ab und wird dies in der offiziellen Stellungnahme auch detailliert und für jede einzelne Massnahme ausführen. Wir werden in den allgemeinen Bemerkungen und Anregungen speziell auf die Punkte der «Erstberatungsstelle» und die „Stärkung der koordinierten Versorgung“ eingehen und anschliessend die einzelnen Artikel der Revisionsvorlage im Detail kommentieren. Zusammenfassend möchte zmed festhalten, dass die Vorlage betreffend die Förderung der koordinierten Versorgung zwar gut gemeint ist, jedoch diametral das Gegenteil bewirken wird und die Gefahr birgt, dass die mehr als 20-jährige Erfolgsgeschichte der Entwicklung der Schweizer Ärztenetze zerstört wird. Daher lehnt zmed die Vorlage entschieden ab und wird, sollte die Vorlage durch die Räte beschlossen werden, gemeinsam mit anderen Netzwerken das Referendum ergreifen.
zmed	**Erstberatungsstelle** Aktuell können Patienten selbst wählen, ob sie sich von ihrem Hausarzt, ihrer HMO-Praxis oder via Telemedizin beraten lassen, bevor sie einen Spezialisten konsultieren und mit diesem Vorgehen Prämien sparen. Diese alternativen Versicherungsmodelle (AVM) erfreuen sich grosser Beliebtheit: 70 Prozent der Versicherten haben sich nach aktuellen Zahlen für ein solches Modell entschieden. Der neue Vorschlag geht nun weiter: Die Kantone und nicht die Krankenversicherer sollen die Erstberatungsstellen definieren und wer ein gesundheitliches Problem hat, muss sich zuerst an eine solche vorgeschriebene Anlaufstelle wenden. Diese Stelle entscheidet über den weiteren Behandlungsweg und überweist den Patienten allenfalls an einen Spezialisten. Der Bundesrat erhofft sich davon Einsparungen durch das Vermeiden von unnötigen Untersuchungen und Behandlungen. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Jahr 2012 an der Urne deutlich verworfen, obwohl der Eingriff in die Patienten-Autonomie kleiner war als dies mit der Einführung einer Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Der Umstand, dass die Managed-Care-Vorlage vom Volk verworfen wurde, jedoch 70% der Versicherten ein alternatives Versicherungsmodell (AVM-Modell) gewählt haben, zeigt auf, dass die AVM deshalb auf breite Akzeptanz stossen, weil sie auf Freiwilligkeit und echtem finanziellen Anreiz gründen. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung entmündigt die 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen. Genauso ungeklärt bleibt die Frage, ob es mit der Anordnung einer Erstberatungsstelle noch möglich wäre, eine Zweitmeinung einzuholen. Angenommen die erste Beratung hat keine Überweisung zur Folge und der Patient leidet weiterhin an seinen Beschwerden: Dürfte er selbst einen Spezialisten oder eine andere Erstberatungsstelle konsultieren?

	Ebenfalls offen ist die Frage, ob Patienten zur Einholung einer Zweitmeinung eines Spezialisten zuerst wieder die Erstberatungsstelle kontaktieren müsste. Der bundesrätliche Vorschlag verschweigt, nach welchen Kriterien die Erstberatungsstellen entscheiden sollen. Damit entsteht der Eindruck, dass das Ziel der Kosteneinsparung vor jenem des Patientenwohls Priorität geniesst. Dies bedeutet, dass massiv in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient eingegriffen würde. Besonders chronisch Kranke sind auf eine langfristig gut funktionierende Arzt-Patient-Beziehung angewiesen und wären durch die Einschränkung der freien Arztwahl benachteiligt. Bei den erhofften Einsparungen durch die Erstberatungsstellen verweist der Bundesrat auf die heutigen Hausarztmodelle. Er negiert dabei vollkommen, dass diese Einsparungen auf eine gute, koordinierte und qualitativ hochstehende Zusammenarbeit und langjährige Patientenbeziehungen - also auf die Qualität der medizinischen Versorgung - zurückzuführen sind und nicht nur und ausschliesslich auf das «Gatekeeping». Wichtig anzumerken ist ausserdem, dass die Kosteneinsparungen durch Erstberatungen, wie sie das Hausarztmodell vorsieht, durch die Freiwilligkeit sowohl seitens Patienten, die einer Steuerung zustimmen, als auch durch die Ärzte, die sich in einem Netzwerk engagieren, zustande kommt. Den Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern werden mit der Organisation, Definition, Prüfung und Koordination von Erstberatungsstellen weitere Bürokratie und Kosten aufgebrummt, die letztlich zulasten der Steuerzahler und der Patienten gehen.
zmed	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung** Der Artikel 36b ist in der vorliegenden Form gänzlich abzulehnen. Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke auf Verordnungsstufe ist entschieden abzulehnen. Eine Definition eines Ärztenetzes ist unnötig, da diese in Art. 36a bereits definiert sind. Die AVM-Modelle, welche von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen entwickelt wurden und werden, haben sich so erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert. Wünschenswert wäre auf die in den letzten Jahrzehnten gemachten Erfahrungen aus und mit den unterschiedlichen Netzwerk-Modellen zurückzugreifen und jene Modelle, die als besonders erfolgreich eingestuft werden, auf nationaler Ebene in die Weiterentwicklung bzw. die Diskussion einzubeziehen. Da im Schweizer Gesundheitswesen ein im internationalen Vergleich grosser Anteil der ambulanten spezialärztlichen Leistungen ebenfalls durch selbständige Praxen erbracht wird, ist aus Sicht der zmed dabei besonderes Augenmerk auf die Erfahrungen von Netzwerken zu legen, in welchen Grundversorger und Spezialisten partnerschaftlich zusammenarbeiten.

	Im Gegensatz zum erläuternden Bericht hält der Art. 48a explizit fest, dass die Tarifpartner Pauschalen zur Vergütung der Leistungen der koordinierten Versorgung festlegen müssen. Dies steht im krassen Widerspruch einerseits zum Bericht und andererseits schränkt dies die Vertragsfreiheit innerhalb der bestehenden AVM über Gebühr und unverhältnismässig ein.
zmed	Wir lehnen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
zmed	21	1		Die Datenweitergabe muss als Ganzes gesehen werden. Es erscheint auf den ersten Blick durchaus plausibel, dass die Versicherer die Daten weitergeben müssen, welche das BAG für die Aufgaben nach diesem Gesetz benötigt. Wenn die Daten der Versicherer an das BAG weitergegeben werden müssen, dann ist die entsprechende Verpflichtung der Leistungserbringer um die Leistungsdaten zu reduzieren, da ansonsten zusätzlicher Aufwand in der Plausibilisierung entsteht, da die Zahlen der Versicherer und Leistungserbringer wohl kaum deckungsgleich sein werden.	
zmed	21	2		Im Absatz 2 wird ausgeführt, dass Daten grundsätzlich in aggregierter Form weiterzugeben sind. Allerdings soll der Bundesrat vorsehen können, dass die Daten pro versicherte Person weitergegeben werden müssen. zmed kann aus den Buchstaben a-d keine Aufgaben erkennen, welche die Notwendigkeit von Daten pro versicherte Person voraussetzt.	Die Daten sind in aggregierter und anonymisierter Form weiterzugeben. Zweiter Satz: ersatzlos streichen
zmed	21	2	A	Das KVG regelt in Art. 43 ff die Tarife, deren Anforderungen und die Genehmigungsprozesse. Insofern ist unklar, inwiefern das BAG nochmals Daten zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung in einem strukturierten Prozess braucht. Es gilt	a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringerkategorie.

				festzuhalten, dass Tarife grundsätzlich der Tarifautonomie unterliegen und die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates keine systematische und strukturierte Analyse im vorgesehenen Ausmass rechtfertigt. Das BAG ist bereits mit der subsidiären Kompetenz überlastet, wie die verschiedenen in der Vergangenheit getroffenen Massnahmen zeigen und daher ist auf diese systematische Datensammlung und -Analyse zu verzichten. Die Tarifpartner müssen der Genehmigungsbehörde ohnehin die Entscheidungsgrundlagen für die Beurteilung eines Tarifes zur Verfügung stellen. Bei einer behördlichen Festsetzung kann die Behörde die entsprechenden Daten situativ einfordern. Die systematische Datenlieferung verursacht nur Kosten, welche in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen. Auch die gesetzlichen Bestimmungen sollten analog der medizinischen Leistungen im KVG den WZW-Kriterien genügen. Zudem werden bereits heute durch die Versicherer WZW-Verfahren gegen auffällige Leistungserbringer durchgeführt, weshalb eine zusätzliche, auf einzelne Leistungserbringer heruntergebrochene Datensammlung überflüssig und unverhältnismässig ist. Im ergänzenden Bericht (S. 62) wird ausgeführt, dass die Kantone ihre Kostenziele bis hin zu einzelnen Leistungserbringern differenzieren können. Das würde bedeuten, dass die Daten also nicht nur dem BAG übermittelt werden, sondern das BAG die nicht anonymisierten Daten dann an die Kantone weitergeben muss, was im vorliegenden Gesetzesentwurf unerwähnt ist.	

zmed	21	3		Da die Daten dem BAG nur in aggregierter und anonymisierter Form (vgl. Antrag zmed zu Art. 21 Abs. 2) weitergegeben werden dürfen, erübrigt sich der Absatz 3.	Ersatzlos streichen
zmed	25	2	H Abs.2	Die Leistungen, welche hier aufgezählt werden, sind bereits in Art. 25 Abs. 2 Bst. a genannt (Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen). Im Bericht wird argumentiert, dass es eine gesetzliche Grundlage für Leistungen braucht, welche neu durch Apotheker zu Lasten der OKP erbracht werden können. Dies ist falsch und irreführend. Die Kompetenzen der Leistungserbringer richten sich nach den Bestimmungen des Medizinalberufegesetzes. Dieses sieht keine Kompetenz der Apotheker im Rahmen der Erbringung ärztlicher Leistungen vor. Diese Kompetenzen sind in MedBG Art. 9 abschliessend geregelt. Dort heisst es unter Buchstabe j: «haben angemessene Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen und Krankheiten.» Für zmed ist klar, dass Grundkenntnisse nicht genügen, um selbstständig eine Differenzialdiagnose bei Patienten durchzuführen und selbstständig eine Behandlung einzuleiten. Daher müssen die Leistungen auch nicht im KVG erwähnt werden. Weil sich das BAG dessen bewusst ist und war, wurde hinzugefügt, dass diese Leistungen nur im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen erbracht werden können. Das heisst konkret, dass Apotheker mit diesem Artikel selbstständig handeln dürften, die Haftung jedoch bei der Institution verbleibt, welche ärztlich geleitet ist.	Ersatzlos streichen

				Unter ärztlicher Aufsicht und auf Anordnung ist eine Leistungserbringung mit dem Art. 25 Abs. 2 bereits heute möglich und bedingt keine besondere Regelung. Die Vergütung ist dabei bilateral zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem unselbstständigen Auftragnehmer zu regeln.	
zmed	25	2	I	Die Leistungen, welche im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden, werden heute als Teil der alternativen Versicherungsmodelle (AVM) im Rahmen der bilateralen Vereinbarung über den AVM-Vertrag vergütet. Die ärztlichen Leistungen sind bereits geregelt und die Leistungskoordination im Rahmen von AVM sieht zmed nicht als KVG-tarifrelevante Leistung im engeren Sinn und soll daher auch keinem Tarif unterstehen, sondern weiterhin und unverändert Teil der AVM-Produkte bleiben.	Ersatzlos streichen
zmed	33	3		Da der Art. 25 Abs. 2 lit. h und i ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden. Festzuzuhalten ist ausserdem, dass der Bundesrat nicht die alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben soll.	Ersatzlos streichen
zmed	35	2	O	Eine neue Leistungserbringerkategorie soll Aufnahme im KVG finden. Dies ist unnötig, da ein Ärztenetz eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient, darstellt, wie sie in Art. 35 Abs. 2 Bst. n definiert ist.	Ergänzung des Art. 35 Abs. 2 Bst. n : «Einrichtungen oder Institutionen/Ärztenetze, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen»
zmed	36b			Der Artikel 36b ist in der vorliegenden Form abzulehnen. Zwar ist zmed ebenfalls der Meinung, dass Netzwerke als Leistungserbringer im KVG explizit erwähnt und somit	Ersatzlos streichen

				anerkannt werden müssen. Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke auf Verordnungsstufe ist jedoch entschieden abzulehnen. Eine Definition eines Ärztenetzes ist überflüssig, da diese bereits unter die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, subsumiert werden können und diese in Art. 36a bereits definiert sind. Die AVM-Modelle, welche von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen entwickelt wurden und werden, haben sich so erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Dass der Bundesrat künftig Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung von Netzwerken bzw. angestelltem Fachpersonal erlassen kann, ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Netzwerke. Diese müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein. Im Gegensatz zum erläuternden Bericht hält der Art. 48a explizit fest, dass die Tarifpartner Pauschalen zur Vergütung der Leistungen der koordinierten Versorgung festlegen müssen. Dies steht im krassen Widerspruch einerseits zum Bericht und andererseits schränkt dies die Vertragsfreiheit innerhalb der bestehenden AVM über Gebühr und unverhältnismässig ein.	

zmed	40a			Neu soll jede versicherte Person einen Leistungserbringer wählen, welcher die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt. Bisher konnten in alternativen Versicherungsmodellen Patienten selbst wählen, ob sie sich von ihrem Hausarzt, ihrer HMO-Praxis oder via Telemedizin beraten lassen, bevor sie einen Spezialisten konsultieren und mit diesem Vorgehen Prämien sparen. Diese alternativen Versicherungsmodelle (AVM) erfreuen sich grosser Beliebtheit: 70% der Versicherten haben sich zurzeit für ein solches Modell entschieden. Der neue Vorschlag geht nun weiter: Nicht nur, dass die 30% der Bevölkerung, welche sich bewusst gegen ein AVM entschieden haben und bereit sind die entsprechenden Mehrkosten (Differenz zwischen Standardprämie und AVM-Prämie) zu tragen quasi entmündigt werden, sondern neu sollen die Kantone und nicht die Krankenversicherer die Erstberatungsstellen definieren. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Jahr 2012 an der Urne deutlich verworfen, obwohl der Eingriff in die Patienten-Autonomie kleiner war als dies mit der Einführung einer Erstberatungsstelle vorgesehen ist. Der Umstand, dass die Managed-Care-Vorlage vom Volk verworfen wurde, jedoch 70% der Versicherten ein AVM-Modell gewählt haben, zeigt auf, dass die AVM deshalb auf breite Akzeptanz stossen, weil sie auf Freiwilligkeit und echtem finanziellen Anreiz gründen. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstberatung entmündigt die 30% der Bevölkerung, die die freie Arztwahl und keine	Ersatzlos streichen

				Koordination wünscht und bereit ist, dafür auch entsprechend mehr zu bezahlen. Selbst unter den 30%, welche kein AVM-Produkt gewählt haben, ist der Anteil der Personen, die einen Hausarzt gewählt haben, wohl relativ gross, weshalb von ca. 10-15% der Bevölkerung ausgegangen werden kann. Um diese 10-15% der Bevölkerung in ein nicht gewolltes Modell zu zwängen, wird die Wahlfreiheit von 85% der Bevölkerung unverhältnismässig beschnitten. Die Wahlfreiheit der Patienten ist ein zentrales und erhaltenswertes Gut.	
zmed	40a	2	a-c	Die Erstberatungsstelle soll beurteilen, ob eine Untersuchung, Behandlung oder eine Überweisung an einen anderen Leistungserbringer notwendig ist. Die in diesem Artikel beschriebenen Aufgaben werden heute von den Hausärztinnen und Hausärzten übernommen. 70% der Bevölkerung hat sich im Rahmen eines AVM-Produktes bereits heute freiwillig dazu verpflichtet eine Erstberatungsstelle zu wählen, die genau die beschriebenen Aufgaben erfüllt.	Ersatzlos streichen
zmed	40a	3	a	Eine schwangere Frau muss also bei einem Problem in der Schwangerschaft sich erst an die Erstberatungsstelle wenden, damit sie anschliessend an eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt überwiesen werden kann? Zwar ist im erläuternden Bericht zu lesen, dass dies selbstverständlich möglich sei. Wenn es so selbstverständlich ist, wäre es – im Sinne der Transparenz – angezeigt, die selbstverständlichen Fälle, bei denen keine Überweisung nötig ist, explizit	Ersatzlos streichen

				aufzuführen. Was ist mit Urologie, Ophthalmologie, ORL? In all diesen und vielen weiteren Fachgebieten gibt es Erkrankungen, welche ohne fachärztliche Beurteilung nicht behandelt werden können – sprich die Erstberatungsstellen zu reinen Ausstellern von Überweisungen verkommen und somit wichtige, allgemeinärztliche Ressourcen falsch und ineffizient eingesetzt werden.	
zmed	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren.	
zmed	40a	4		Bereits heute sind die Zulassung und das Erteilen einer Betriebsbewilligung geregelt. Die Kantone sollten nicht noch mit einer zusätzlichen Pflicht belastet werden, insbesondere können gemäss Art. 40a Abs. 3 lit. a alle Ärztinnen und Ärzte mit den entsprechenden Weiterbildungstiteln die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, sich jederzeit auf die Liste setzen oder streichen lassen, was eine administrative Mehrbelastung für die kantonalen Gesundheitsdirektionen darstellt, auf welche man gut verzichten kann.	Ersatzlos streichen
zmed	40a	5		Der Kanton soll über ein Gesuch entscheiden. Das bedeutet, dass er ein Gesuch auch ablehnen könnte, was aus Sicht von zmed, sofern die Voraussetzungen	Ersatzlos streichen

				nach Absatz 3 erfüllt sind, laut dem Gesetzesentwurf nicht möglich ist.	
zmed	40a	6		Zur Umsetzung des Systems mit der Erstberatungsstelle, welche in Form einer Kopfpauschale vergütet werden soll, wird eine Administration benötigt, welche hohe Kosten verursachen würde. Die Leistungserbringer werden Bestätigungen (wohl in Papierform) an die Patienten schicken müssen, welche ihrerseits die Bestätigung an den Versicherer weiterleiten müssen. Die Versicherer müssen die nicht standardisierten Bestätigungen verarbeiten, kontrollieren und ihrerseits wohl wieder sowohl dem Patienten als auch der Erstberatungsstelle den Eingang der Bestätigung und deren Verarbeitung bestätigen, da die Erstberatungsstelle sonst Gefahr läuft, keine Vergütung zu erhalten, wenn der Patient es versäumt hat, die Bestätigung an die Krankenversicherung zu schicken. Ferner ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Das ganze System wird administrativ aufgebläht.	
zmed	40a	7		Mit der Vorlage wird ein massiver Systemwechsel in der medizinischen Grundversorgung angestrebt, jedoch wird es unterlassen der Bevölkerung resp. der Politik auszuführen, wie versicherte Personen ihre Erstberatungsstelle wechseln können, wie der Versicherer eine Erstberatungsstelle bestimmen kann und auch, ob eine Zweitmeinung einer anderen Erstberatungsstelle eingeholt werden kann. Die	Ersatzlos streichen

				Möglichkeit eines Wechsels muss jederzeit gegeben sein.	
zmed	40b	4		Die Regeln der Überweisung und die Ausnahmen müssen im Gesetz klar formuliert werden, wenn diese Überweisungen zwingend notwendig sind, damit eine Kostenübernahme durch eine Versicherung sichergestellt wird.	Ersatzlos streichen
zmed	40c	1		Grundsätzlich gilt im KVG die Tarifautonomie zwischen den Parteien. Dabei sieht KVG Art. 43 explizit verschiedene Tarifsysteme (Zeit, Einzelleistung, Pauschalen) vor. Die Einschränkung der Erstberatung auf Pauschalen untergräbt diese Tarifautonomie.	Ersatzlos streichen
zmed	40c	2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht zu haben. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	Ersatzlos streichen
zmed	40c	3		Nicht nur, dass mit der Vorgabe eines pauschalen Vergütungssystems für die Erstberatung die Tarifautonomie der Tarifpartner untergraben wird, sondern auch die Vergütung soll nun – entgegen dem Willen des Parlamentes, welchen es mit der Einführung der subsidiären Kompetenz zur Tariffestsetzung manifestiert hat – hoheitlich bestimmt werden.	Ersatzlos streichen

				Überdies ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
zmed	40c	4		Durch die Bestimmung der Pauschale durch den Bundesrat und in Verbindung mit der Kompetenz, welche Leistungen mit der Pauschale abgedeckt sind, ergibt sich im Bereich der ärztlichen Grundversorgung durch die Erstberatungsstellen ein «Globalbudget». Dies führt zu einer qualitativ schlechteren Versorgung, birgt die Gefahr von indirekter Rationierung und von Unterversorgung. Es ist überdies nicht Aufgabe des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren.	Ersatzlos streichen
zmed	40d			Aus Sicht von zmed ist der ganze Artikel 40d zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist.	Ersatzlos streichen
zmed	41a			Artikel 41a ist zu streichen, da auch die Erstberatungsstelle zu streichen ist. Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. zmed lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser	Ersatzlos streichen

				beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
zmed	48a	1		Auch im Bereich der Tarife mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung wird mit der Vorgabe eines pauschalen Vergütungssystems die Tarifautonomie der Tarifpartner untergraben. Die AVM haben sich gerade so dynamisch entwickelt, weil sie untereinander in Bezug auf die Inhalte und die verhandelten Tarife resp. Tarifsysteme in Konkurrenz standen und stehen. Diese Dynamik wird mit dem Gesetzesentwurf zerstört und verunmöglicht.	Ersatzlos streichen
zmed	48a	2		Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungs-potenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	Ersatzlos streichen
zmed	52b	1		Wenn Rückerstattungen vorgenommen werden müssen, sind diese durch den Versicherer an die Patienten weiterzugeben, da diese auch die entsprechenden Selbstbehalte bezahlt haben.	Den versicherten Personen durch den Versicherer

zmed	52c			Das Öffentlichkeitsprinzip ist höher zu gewichten als die Interessen der verhandelnden Parteien; entsprechend darf der Zugang zu amtlichen Dokumenten nicht verweigert werden. zmed vertritt die Auffassung, dass die Bevölkerung durchaus das Recht hat zu erfahren, wie beispielsweise die Rückerstattungsbeträge der MiGeL-Produkte durch das BAG eruiert und berechnet werden. Es könnte eventuell auf Unverständnis stossen, dass ein Patient nur den Durchschnittspreis der umliegenden Länder für das entsprechende Produkt vergütet bekommt und eine Differenz zwischen Rückerstattungstarif und effektiv in Rechnung gestelltem Preis voll zu Lasten des Patienten geht. Wird nun das Öffentlichkeitsprinzip eingeschränkt, wären diese Informationen zukünftig nicht verfügbar.	Ersatzlos streichen
zmed	54	1 & 2		Dies ist faktisch die Einführung des Globalbudgets und widerspricht klar dem Willen des Gesetzgebers des aktuellen KVG. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken), was sehr unübersichtlich wird. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen.	Ersatzlos streichen

				zmed bezweifelt, ob der Bundesrat in der Lage ist, die Entwicklung in der Medizin, der Gesellschaft, der technischen Möglichkeiten und der Erwartungshaltung der Bevölkerung verlässlich und früh genug zu antizipieren. Bei den Versicherern sind hunderte, wenn nicht tausende Mitarbeiter mit Prognosemodellen beschäftigt, um Jahr für Jahr die Prämien für das kommende Jahr zu berechnen. Bund und Kantone haben es innerhalb der letzten 10 Jahre nicht geschafft, trotz ausreichender Datenlage (RoKo, Steuerdaten, SASIS-Daten, santesuisse-Statistik, neu MAS), den Taxpunktwert der Preisentwicklung anzupassen. Vor diesem Hintergrund erscheint es unrealistisch, im Jahrestakt prospektiv die gesamte Kostenentwicklung einschätzen und realistische, alle Faktoren berücksichtigende Zielvorgaben definieren zu können. Die beschriebenen Fristen und Folgen sind kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen.	
zmed	54	2		Der Bundesrat will nicht nur gesamtschweizerisch die Kostenziele festlegen, sondern diese auch für die Kantone bestimmen. zmed hält fest, dass der Bundesrat im KVG bisher keinen Tarif bestimmen, sondern nur die Tarifstruktur beeinflussen konnte. Selbst mit der subsidiären Kompetenz zur «Tariffestsetzung» ist es eine Festlegung der Tarifstruktur und nicht des Preises. Dieser wird kantonal in den Verhandlungen über den Taxpunktwert (Tarmed) oder zwischen einzelnen Spitälern und Versicherern (Baserate; DRG) festgelegt.	Ersatzlos streichen

zmed	54	4		Dies ist ein zunehmend nicht lösbarer Widerspruch innerhalb des KVG. Der Bundesrat legt willkürlich Tarife, auch nicht kostendeckende Tarife fest, garantiert aber den Versicherten die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen.	Ersatzlos streichen
zmed	54c	2 & 3		Die Krankenversicherer müssten entsprechen die Berechnung der Prämien für das kommende Jahr machen, ohne die kantonale Kostenzielfestsetzung zu kennen, was unsinnig ist.	Ersatzlos streichen
zmed	54d	1-6		zmed vertritt die Auffassung, dass Tarifverträge und die darin enthaltenen Leistungen, welche einer behördlichen Genehmigungspflicht unterliegen und diese erhalten haben, grundsätzlich die WZW-Kriterien des KVG (vgl. KVG Art. 32) erfüllen, ansonsten die Genehmigung nicht hätte erteilt werden dürfen. Die Verpflichtung, dass Tarifverträge bei Überschreiten der Kostenziele angepasst werden müssen, führt unweigerlich dazu, dass ein solch «manipulierter» Tarif die Kosten der erbrachten Leistungen nicht zu decken vermag, was in einer schlechteren Behandlungsqualität und in einer Leistungsrationierung mündet. Damit besteht die Gefahr, dass ein Tarif zum Spielball der Politik wird.	Ersatzlos streichen
zmed	54e	1-3		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission führt diese Kommission zu zusätzlicher, nicht zielführender Administration. Da zmed die Einführung von	Ersatzlos streichen

				Kostenzielen im KVG strikt ablehnt, ist auch die geplante Kommission überflüssig.	
zmed	Über- gangs- best. 1			Die Verträge zwischen einzelnen Leistungserbringern mit den Versicherern bilden ein System der Konkurrenz, garantieren eine dynamische Weiterentwicklung der integrierten, koordinierten Versorgung und sind daher nicht zu standardisieren.	Ersatzlos streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG

Abkürzung der Firma / Organisation : HLZ

Adresse : St. Leonhard-Strasse 20, 9000 St. Gallen

Kontaktperson : Dr. med. Daniel Zuder

Telefon : 071 222 41 33

E-Mail : daniel.zuder@hlz-drzuder.ch

Datum : 19.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	Als Facharzt für Dermatologie gehört nicht nur die Krebsvorsorge, also deren frühe Erkennung und Behandlung zu meinen Kerngebieten, sondern auch das Erkennen vieler weiterer Hauterkrankungen, die ihrerseits eine Frühdiagnose anderer internistischer Erkrankungen erlauben. Eine solche Früherkennung von Hautkrebsen, aber auch indirekt anderer wesentlicher Erkrankungen erlaubt eine Behandlung in einem frühen Stadium, bevor grössere Eingriffe notwendig sind oder bevor Folgeschäden entstanden sind. Ich leiste daher einen wesentlichen Beitrag zur Kostenreduktion. Ich lehne die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Hierzu verweise ich auf die von der SGDV (Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie) diesbezüglich ausgearbeitenen detaillierten Positionsbezüge: https://www.derma.ch/home/positionspapiere.html Danke, wenn Sie meine Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut

	wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Ich lehne die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Ich erachte fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern**

	Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde.

	- **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehne ich aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Ich lehne es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Haut & Laserzentrum	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

Dr. Zuder AG				Arztwahl lehne ich kategorisch ab.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
Haut & Laserzentrum	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die	

Dr. Zuder AG				Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Ich lehne diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und	

				sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Zur Rose Suisse AG

Abkürzung der Firma / Organisation : ZRS

Adresse : Walzmühlestrasse 60 8500 Frauenfeld

Kontaktperson : Joachim Manns

Telefon : +41 52 724 76 22

E-Mail : joachim.manns@zurrose.com

Datum : 18. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5
Weitere Vorschläge 9

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Zur Rose Suisse AG	Zur Rose Suisse AG, eine Tochtergesellschaft der Zur Rose Group AG, ist eine der führenden Versandapotheken und Ärztegrossistinnen in der Schweiz. Mit ihrem Geschäftsmodell bietet sie eine qualitativ hochwertige, sichere und kostengünstige pharmazeutische Versorgung. Sie zeichnet sich zudem aus durch die stetige Weiterentwicklung digitaler Services im Bereich Arzneimittelmanagement unter Verwendung von KI-gestützten Anwendungen und neuen Technologien. Darüber hinaus treibt Zur Rose die Positionierung als umfassende Gesundheitsdienstleisterin aktiv voran. Mit dem Aufbau einer digitalen Gesundheitsplattform – das Zur Rose-Ökosystem – vernetzt sie Produkte, Dienstleistungen und digitale Services von qualifizierten Anbietern. Die Leistung von Zur Rose in diesem Öko-System wird es sein, diese Angebote zu den Kunden und Patienten zu bringen und eine relevante Selektion vorzunehmen. Ziel ist es, die Menschen lückenlos zu begleiten und zu befähigen, die eigene Gesundheit mit Produkten und digitalen Lösungen optimal zu managen. Zur Rose Suisse AG setzt sich für eine kundenorientierte, wirtschaftliche und gleichzeitig höchsten Sicherheitsstandards genügende Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Heilmitteln ein. Erlauben Sie uns einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage ab, ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen führt zu qualitativ besserer und effizienterer Versorgung. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl erachten wir als inakzeptabel und nicht zielführend; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber lediglich verschlechtern würde. - **Bereits vorhandenes Potenzial ausschöpfen** Es gäbe heutzutage bereits grosses Potenzial zur Einsparung von Kosten im Gesundheitswesen. Gerade im Verkauf und Vertrieb von Medikamenten würde beispielsweise der Abbau von politischen Hürden für technische und digitale Lösungen massiv Kosten sparen – bei gleichzeitiger Steigerung von Qualität. Wir bedauern, dass der Bundesrat einen massiven Systemwechsel plant, ohne zuvor die Möglichkeiten des jetzigen Systems vollumfänglich zu prüfen und auszuschöpfen indem etwa die bestehenden Hürden für den Versand von (rezeptfreien) Arzneimitteln aufgehoben und die Möglichkeiten digitaler Gesundheitsplattformen auch vom Regulator voll ausgeschöpft werden. Die vorgeschlagenen Massnahmen wirken auch deswegen unausgegoren und nicht stringent.

	- **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer, Patienten und weitere Akteure des Gesundheitswesens wie beispielsweise mengenbezogene durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage auf, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir äussern uns untenstehend nicht zu allen vorgeschlagenen – und teilweise weitreichenden – Artikeländerungen – sondern nur zu den für den Versandhandel von Medikamenten relevanten. Gleichzeitig danken wir Ihnen, wenn Sie diese Argumente in Ihre Entscheidfindung miteinbeziehen. Erlauben Sie uns eine Schlussbemerkung: Ein solcher Systemwechsel, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, muss wohlüberlegt, faktenbasiert und mit Blick auf eine mögliche Umsetzung konstruktiv und stringent sein. Ein solch umfassender Umbau erfordert ein konsensorientiertes Vorgehen zusammen mit tatsächlich allen Beteiligten im Gesundheitswesen. Die Vorlage löst diese Grundsätze nicht ein. Als verantwortungsbewusster Akteur des Gesundheitswesens lehnen wir die Vorlage in dieser Form ab.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Zur Rose Suisse AG	25			Neu sollen spezifische Überwachungs- sowie Behandlungsmassnahmen durch gewisse nicht-ärztliche Leistungserbringer erbracht werden können. Apothekerinnen und Apotheker sollen nun ebenfalls Leistungen im Rahmen von Programmen zulasten der OKP erbringen können. Dies ist sehr zu begrüssen ist, da gerade die Apotheken zukünftig wichtig sein werden für die Umsetzung der bundesrätlichen Gesundheitsstrategie 2030. Entsprechend dürfen auch Apotheken mit Versandhandelsbewilligung nicht benachteiligt werden, weil gerade sie in der Dauerversorgung von chronisch Kranken, mit rund 200'000 Menschen, eine äusserst wichtige Rolle spielen. Eine Kompetenzerweiterung auf lediglich stationär agierende Apotheken ist nur schon aus diesem Grund nicht verantwortbar und würde bewirken, dass die sich heute schon abzeichnenden digitalen Möglichkeiten in der Behandlung für die Berufsgruppe der Apotheker, insgesamt auf lange Zeit verhindert würde. Wenn Netzwerke künftig zu einem neuen Leistungserbringer werden und dabei nicht-ärztliche Dienstleister miteinbezogen sind, so muss dies klar auch für Apotheken mit Versandhandelsbewilligung gelten. Zumal gerade bei der Digitalisierung, welche insbesondere durch Versandhandelsapotheken und ihren Partnern vorangetrieben wird, ein enormes Effizienz- und Sicherheitspotential im Gesundheitswesen liegt. Offene Plattformansätze und durch technische Mittel verknüpfte Leistungserbringer bieten ein enormes Effizienzpotential (nicht nur aber insbesondere auch in nicht-medizinischen Bereichen). Damit vermindern diese den administrativen Betreuungsaufwand weiter und dürfen nicht schlechter gestellt werden.	
Zur Rose Suisse AG	32	3		Art. 32 Abs. 3 ist eine äusserst weitreichende Delegationsnorm, die aus staatspolitischer Sicht fragwürdig ist. Der Bundesrat könnte ohne Einbezug des Gesetzgebers sämtliche Regeln für	

				die WZW-Überprüfung anpassen. Sie umfasst grundsätzlich alle Leistungen im KVG und untergräbt jegliche Planbarkeit und Rechtssicherheit. Der Bundesrat will damit die Rechtsgrundlagen für eine möglichst kostengünstige Vergütung schaffen und dem Ziel einer möglichst kostengünstigen Vergütung Vorrang einräumen. Damit würde bei der Vergütung der Nutzen für Patienten, für das Gesundheitswesen, für andere Sozialversicherungen und für die Gesellschaft in den Hintergrund treten. Das schädigt die Qualität des Gesundheitswesens, hemmt die Innovation und den Zugang für Patientinnen und Patienten zu optimalen Behandlungen. Die Einführung des im erläuternden Bericht erwähnten Kostengünstigkeitsprinzips ist abzulehnen. Das Kostengünstigkeitsprinzip missachtet den Nutzen von Innovation systematisch und ist deshalb mit einem nachhaltigen Zugang der Patienten zu innovativen Behandlungen nicht vereinbar. Es ist ausserdem fraglich, ob die Einführung eines solch weitreichenden Prinzips, welches Auswirkungen auf alle Einwohnerinnen der Schweiz hätte, in der Verordnung verfassungskonform ist.	
Zur Rose Suisse AG	33	3bis		Wenn in den vorgesehenen Behandlungsprogrammen der Patientenversorgung die Behandlung von chronischen Krankheiten sowie die medizinische Prävention und Rehabilitation im Zentrum stehen soll, sind die Dienstleistungen von Versandapotheken zwingend miteinzubeziehen. Sie versorgen gemeinsam über 200'000 Menschen mit chronischen Erkrankungen, d.h. 10% der Chroniker der Schweiz. Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat hier aktiv bestehenden Regulierungsbestrebungen vorgreift.	
Zur Rose Suisse AG	36b	3	b	«*Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»*: Dies ist ein massiver Eingriff in Koordinationsnetzwerke. Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein. Der Zur Rose Suisse AG begrüsst aber das Bestreben, den Austausch zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Partnern, wie Apotheken (mit und ohne Versandhandelsbewilligung) zu intensivieren. Hierzu gibt es bereits gute Praxisbeispiele,	

				welche gerade in der Heilmittelversorgung von Chronikern, durch eine intensivierte, bessere Versorgung Kosten einsparen.	
Zur Rose Suisse AG	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
Zur Rose Suisse AG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle fungieren und ob bspw. auch ein eine Apothekerin / ein Apotheker innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden kann. Dabei ist in jedem Falle sicherzustellen, dass die in Apotheken mit Versandhandelsbewilligung tätigen Apothekerinnen und Apotheker, welche bereits heute qualitativ hochstehende und qualitätssichernde Fachberatung erfüllen, von Anfang an mit einbezogen werden.	
Zur Rose Suisse AG	48a			Pauschalen für medizinische, respektive sämtliche ärztlichen und in den Zentren auch die administrativen Arbeiten der Netzwerke umfassenden Leistungen, führen zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der von den Zentren zu erbringenden Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen (da die Pauschalen selbst bei Nicht-Erbringen der Leistung ausgeschüttet würden). Der Entwurf des Bundesrats blendet solche möglichen Entwicklungen aus. Das zeigt auch die fehlende Angabe zum möglichen Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum des Gesundheitswesens beschränkt.	
Zur Rose Suisse AG	52b			Wenn der Bundesrat neu definiert, wie und wann Preismodelle eingesetzt werden, müssen diese zwingend so ausgestaltet sein, dass die Dienstleistungen von Apotheken mit Versandhandelsbewilligung in die Modellberechnungen einbezogen werden.	
Zur Rose Suisse AG	54			Wir lehnen die formulierten Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf	

				verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Dies wird zu Interpretations- und Koordinationsproblemen führen. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Weiter sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen. Durch die Einführung von Kostenblöcken wird die Entwicklung von Dienstleistungen, die durch Aktivitäten eines Leistungserbringers in einem anderen Kostenblock Einsparungen erzielen könnten, ein Riegel geschoben. Das ist dem eigentlichen Ziel des Kosteneinsparungspakets, nämlich der Reduktion der Gesamtkosten, abträglich.	
Zur Rose Suisse AG	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Zürcher Dermatologen Gesellschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : ZDG

Adresse : Praxis Andreas Peter Müller, Zürichstrasse 5, 8180 Bülach

Kontaktperson : Andreas Müller (Präsident der ZDG)

Telefon : 044 461 00 01

E-Mail : apm-zdg@derma-med.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **7**

Weitere Vorschläge ____ **11**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ZDG	Als grösste kantonale Fachgesellschaft der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz mit 200 Mitgliedern aus dem Kanton Zürich und angrenzenden Kantonen vertritt die Zürcher Dermatologen Gesellschaft deren standespolitischen Anliegen innerhalb der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ), innerhalb der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) und in der Öffentlichkeit. Die ZDG engagiert sich aktiv durch Informations- und Fortbildungsveranstaltungen innerhalb der Ärzteschaft und durch die Förderung der engen Zusammenarbeit der die Grundversorgung abdeckenden niedergelassenen Fachärztinnen und der Dermatologischen Institutionen im Kanton Zürich (im Speziellen der Dermatologischen Klinik am Universitätsspital Zürich und dem Dermatologischen Ambulatorium des Stadtspital Waid und Triemli Zürich) für eine qualitativ hochstehende, gezielte, koordinierte und kostenbewusste Versorgung der Patienten mit Haut- und Geschlechtskrankheiten. Sie unterstützt insbesondere auch das Engagement der SGDV zur Qualitätsverbesserung und Kosteneinsparung. Wir lehnen hingegen die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen

	anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Die ZDG lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Die ZDG erachtet eine rasche und unkompliziert zugängliche fachärztliche Erstbeurteilungen als Teil der Grundversorgung als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung oder unnötige Abklärungen oder Therapieversuche bis zur korrekten Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren

	- **Massnahmen müssen Qualität fördern** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Bereits jetzt funktioniert die enge Zusammenarbeit mit den grundversorgenden internistisch, chirurgisch, gynäkologisch und pädiatrisch tätigen Ärzten sehr gut. Insbesondere die natürlich gewachsene und durch die regionalen Ärztegesellschaften geförderte Zusammenarbeit funktioniert mit minimalem administrativem Aufwand bereits sehr gut. Die kontinuierliche Verbesserung und Unterstützung der bereits bestehenden interdisziplinären Zusammenarbeit verspricht Kosten zu dämpfen bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität. Die Einschränkung der freien Arztwahl und die künstliche Schaffung von koordinierenden Anlaufstellen verursacht zusätzliche Kosten ohne, dass eine Verbesserung der Qualität erkennbar wäre. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen.

	- **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. Auch besteht in der Schweiz ein zunehmender Mangel an gut ausgebildeten ärztlichen Fachpersonen. Gerade um eine kostensparende kompetente Triage durchführen zu können, ist ein breites Fachwissen und medizinische Erfahrung nötig. Es ist unklar, wer diesen zusätzlichen mehrheitlich administrativen Aufwand bei gleichzeitig gefordertem hohen Fachwissen leisten kann, ohne dass dabei nicht Ressourcen in der Grundversorgung verloren gehen oder durch entsprechende Investition neu geschaffen werden müssen. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
ZDG	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen.	
ZDG	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
ZDG	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
ZDG	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein. Zudem ist das Bedürfnis an ein Koordinationszentrum direkt von den Bedürfnissen einer Region und von der regional bereits vorhandenen Kompetenz abhängig. Diese Organisation kann am besten durch die in der Region tätigen Arztpraxen selbst geschehen bzw. wird bereits jetzt auch durch einen freien Markt geregelt.	

ZDG	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
ZDG	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien Arztwahl lehnt die ZDG kategorisch ab.	
ZDG	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
ZDG	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
ZDG	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
ZDG	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
ZDG	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	

ZDG	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
ZDG	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
ZDG	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die ZDG lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
ZDG	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
ZDG	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt.	

				Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
ZDG	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
ZDG	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Stellungnahme von

ZÜRIMED :
:

Freiestrasse 196, 8008 Zürich :

Dr med A Ferretti :

044 380 83 33 :

geschaeftsstelle@zuerimed.ch :

16.11.2020 :

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **7**

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
ZÜRIMED	ZÜRIMED, der Bezriksärzteverband der niedergelassenen Aerzte in der Stadt Zürich und im Limmattal vertritt die Interessen seiner Mitglieder. In Sinne seiner knapp 2000 Mitglieder setzt sich ZÜRIMED gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren und Regulierungsbestrebungen. ZÜRIMED vertritt eine in der Grundversorgung stark engagierte Ärzteschaft, welche tagtäglich bewusst dazu beiträgt, Kosten einzudämmen. ZÜRIMED lehnt die beiden Kernanliegen der Vorlage klar ab, nämlich die staatliche Einschränkung der freien Arztwahl sowie die staatliche Installation eines Kostendaches, verknüpft mit höchst rigiden Vorschriften und grosser Kompetenzen-Aneignung durch den Bundesrat. Danke, wenn Sie unsere Kommentare und Forderungen in der Auswertung der Vernehmlassung wiedergeben und bei der Ausarbeitung einer allfälligen Botschaft ans Parlament gebührend einfliessen lassen. Zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat zielt mit dem Kostendämpfungspaket II auf Zielvorgaben und auf ein Globalbudget. Wir lehnen die Vorlage deshalb ab. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist inakzeptabel; gleichzeitig kommt die Vorgabe eines Globalbudgets, respektive von Globalbudgets, einer mit zahlreichen unerwünschten und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht vorstellbaren Verstaatlichung (respektive der Schaffung zusätzlicher Verwaltungseinheiten) gleich, die schliesslich den Steuerzahler belasten, die Qualität statt verbessern aber verschlechtern würde. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich jedoch stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. In Deutschland beispielsweise herrscht auch in der ambulanten Medizin eine Zweiklassengesellschaft (Kassen- und Privatpatienten). Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, der Schweiz ein System überstülpen zu wollen, welches mangels tauglicher Alternativen als reines Kostensenkungsmodell in anderen Ländern (etwa UK, SWE, D und NL) abgeschaut

	wurde. Dies, obschon in den Vergleichsländern die Kostensenkungen keinesfalls durchwegs erreicht werden – bei im Vergleich zur Schweiz minderer Qualität und schlechterer Patientensicherheit (Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231–66). Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Hauptmassnahmen (1 + 2) Erstberatungsstelle und Kostendach als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Zürimed lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl ab; gerade diese fördert Wettbewerb und sichert Qualität, ferner ist die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ein entsprechendes Versicherungsmodell freiwillig wählen, zeigt, dass ein Zwang nicht notwendig ist. Ferner ist nicht klar erwiesen, dass eine eingeschränkte Arztwahl tatsächlich zu Kostenersparnissen führt. Diese sollen gemäss einer Erhebung des Bundesamts für Gesundheit, in der die Versicherten in 3 Altersgruppen eingeteilt werden (Kinder, junge Erwachsene und ältere Erwachsene > 25. Lebensjahr), durchschnittlich 14% betragen. Aus diesen Zahlen alleine können unserer Ansicht jedoch nicht die seitens des Bundesrates angestrebten Kosteneinsparungen abgeleitet werden. Falls jüngere, gesunde Erwachsene eher zu günstigeren Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl greifen, während ältere bzw. kranke Menschen zu einer freien Arztwahl tendieren. könnte dies die tieferen Kosten bei erstgenannten Versicherungsmodellen erklären. Zürimed erachtet fachärztliche Erstbeurteilungen als kosteneffizienter. Gründe dafür sind folgende: Keine/weniger Zeitverzögerung bis korrekte Diagnose und keine/weniger Mehrfachkonsultationen; höheres Vertrauen seitens des Patienten in die diagnostischen Fähigkeiten einer Fachärztin/eines Facharztes und damit höhere therapeutische Compliance; wirtschaftlicher Schaden durch Absenzen am Arbeitsplatz bei Mehrfachkonsultationen nicht unerheblich. In Betracht zu ziehen ist ferner die Möglichkeit, dass der Verlust der freien Arztwahl durch höherpreisige Privatversicherungen kompensiert werden könnte. Dies würde eindeutig in einer Zweiklassenmedizin resultieren - **Massnahmen müssen Qualität fördern**

	Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch alleine durch Massnahme 1 + 2 schwer missachtet: Kostendach und Globalbudget würden zu einer starken Qualitätsminderung führen. Schlechtere Qualität hingegen zeitigt Mehrkosten – statt weniger. Diese grundsätzlich falsche Anlage innerhalb eines Kostendämpfungspaketes ist nicht akzeptabel. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Die zunehmende Verfügbarkeit von Versorgungs-Netzwerken zeigt, dass die Leistungserbringer in den bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen längst dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Entsprechende Bestrebungen müssen weiterhin auf Freiwilligkeit beruhen. Das Recht auf freie Berufsausübung und ebenso auf unternehmerische Entscheide darf nicht gefährdet werden. Das Fördern von Pauschalen für Leistungen kann dann sinnvoll sein, wenn es um interventionelle, medizinische Leistungen geht, aber nicht um intellektuelle Tätigkeiten ("klassische Sprechstunde"). Gerade im dermatologischen Bereich besteht sonst die Gefahr einer Leistungsrationierung. - **Kostendämpfung findet statt** Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kostenentwicklung auch ohne zusätzliche Regulierung erreicht werden kann: Im Jahre 2017 etwa betrug das Kostenwachstum 2,6 % - und liegt damit sogar unter den anvisierten Zielen der Vorlage. Auch die für das Jahr 2020 prognostizierten Zahlen zeigen, dass – obschon wir heute weder eine einheitliche Finanzierung noch andere weitergehende Strukturmassnahmen realisiert haben – Kostendämpfung stattfindet. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Befremdlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde.

	- **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
ZÜRIMED	21			~~*«Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind»:*~~ Diese Forderung lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab. Der Bundesrat soll und darf keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen. .	
ZÜRIMED	32	3		Die WZW-Kriterien gelten bereits jetzt. Wir lehnen es ab, einen Überprüfungsmechanismus für die WZW-Kriterien einzuführen, welcher (lediglich) die Begründungen für nochmals zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte.	
ZÜRIMED	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat der parlamentarischen Arbeit vorgreift und schwer koordinierbare neue Regulierungsbestrebungen präsentiert – im Wissen, dass diese der laufenden Entscheidfindung des Parlamentes möglicherweise widersprechen.	
ZÜRIMED	36b	3	b	~~*«Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen»:*~~ Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
ZÜRIMED	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
ZÜRIMED	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine Einschränkung der freien	

				Arztwahl lehnt die ZÜRIMED kategorisch ab.	
ZÜRIMED	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle funktionieren werden und ob bspw. auch spezialisierte Fachärzte innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden können. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern und würde ein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten fördern und gar zementieren. Dies, zumal auch Dermatologen wichtige Grundversorger sind.	
ZÜRIMED	40a	4/5		Es ist unklar, inwiefern und nach welchen Kriterien Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
ZÜRIMED	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
ZÜRIMED	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
ZÜRIMED	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Patientenselektionierung würde die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen.	
ZÜRIMED	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
ZÜRIMED	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die	

				Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung».	
ZÜRIMED	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Die ZÜRIMED lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen. Es ist ausserdem sicherzustellen, dass der Bundesrat nicht nur Ausnahmen vorsehen kann, die sich auf die Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshäuser beschränken, sondern ebenfalls die Dermatologie umfassen.	
ZÜRIMED	48a			Pauschalen für gewisse Leistungen sind sinnvoll, gelten sie für alle Leistungen der Netzwerke, führt dies zu einer Qualitätsminderung. Zudem ist unklar, wie Pauschalen für die Abgeltung der Koordinationsleistungen ausgestaltet werden könnten. Die Massnahme könnte dazu führen, dass sich wenige, dafür riesige Supernetzwerke bilden, die über diese Koordinationspauschalen viel Geld verdienen. Dies führte schlussendlich zu viel Bürokratie mit unklarem Kosteneinsparungspotenzial. Ausserdem würde das freie Unternehmertum von Ärztinnen und Ärzten beschränkt.	
ZÜRIMED	54			Wir lehnen jegliche in Globalbudgets mündende Kostenziele klar ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken). Ein seitens des Bundes im top down Prinzip installiertes Zielkonzept, welches auf verschiedenen föderalen Ebenen zu verankern wäre, ist allein aus formalen Gründen zum Scheitern verurteilt. Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und	

				sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
ZÜRIMED	54	d		Die Angst vor *«Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele»* bzw. die daraus resultierende Vermeidungshaltung führen klar zu schlechterer Behandlungsqualität und somit zur Leistungsrationierung	
ZÜRIMED	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Allianz Bewegung, Sport und Gesundheit

Abkürzung der Firma / Organisation : ABSG

Adresse : c/o Public Health Schweiz, Dufourstrasse 30, 3005 Bern

Kontaktperson : Stefanie Zehnder

Telefon : 031 350 16 00

E-Mail : info@allianzbewegung.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 12

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die Allianz Bewegung, Sport und Gesundheit bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
	Die Allianz Bewegung, Sport und Gesundheit bezweckt, die Anliegen zur Förderung einer gesundheitswirksamen Bewegung zu koordinieren und in die nationale Politik einzubringen. Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheits- und Bewegungsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss

	von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[1][2][3]
	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen und/oder Bezugsstellen/-ort, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[4] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[5] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[6]

[1] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[2] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[3] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[4] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[5] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[6] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

	Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[7], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.
	Die Allianz Bewegung, Sport und Gesundheit bezieht zu den Kostenzielen keine Stellung. Dies ist nicht mit Zustimmung gleichzusetzen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[7] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventionsprogramme).	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[8] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt.	

[8] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				- Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - 70 Prozent der Versicherten haben ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Die Möglichkeit, ein anderes Versicherungsmodell zu wählen, und damit die freie Arztwahl, muss erhalten bleiben. - Das Modell soll gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung der Erstberatung würde diesem Anliegen entgegenstehen. Pauschalabgeltungen führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. - Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Das Ziel, dass die Erstberatung Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.	

				Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

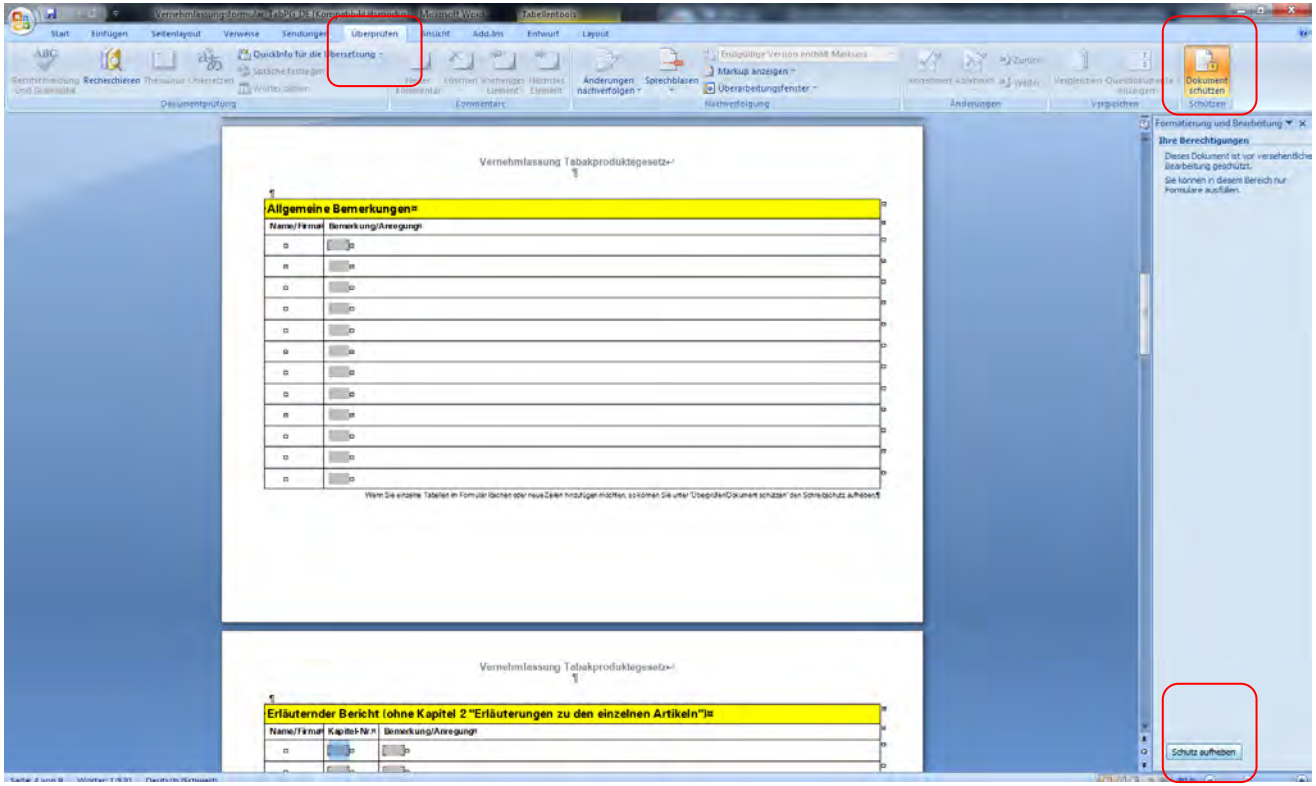
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

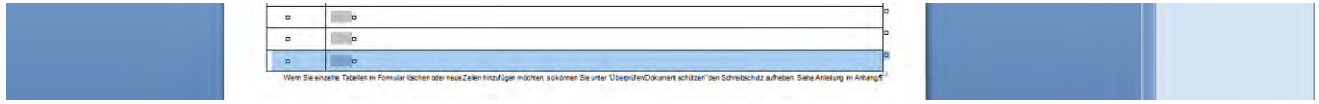
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



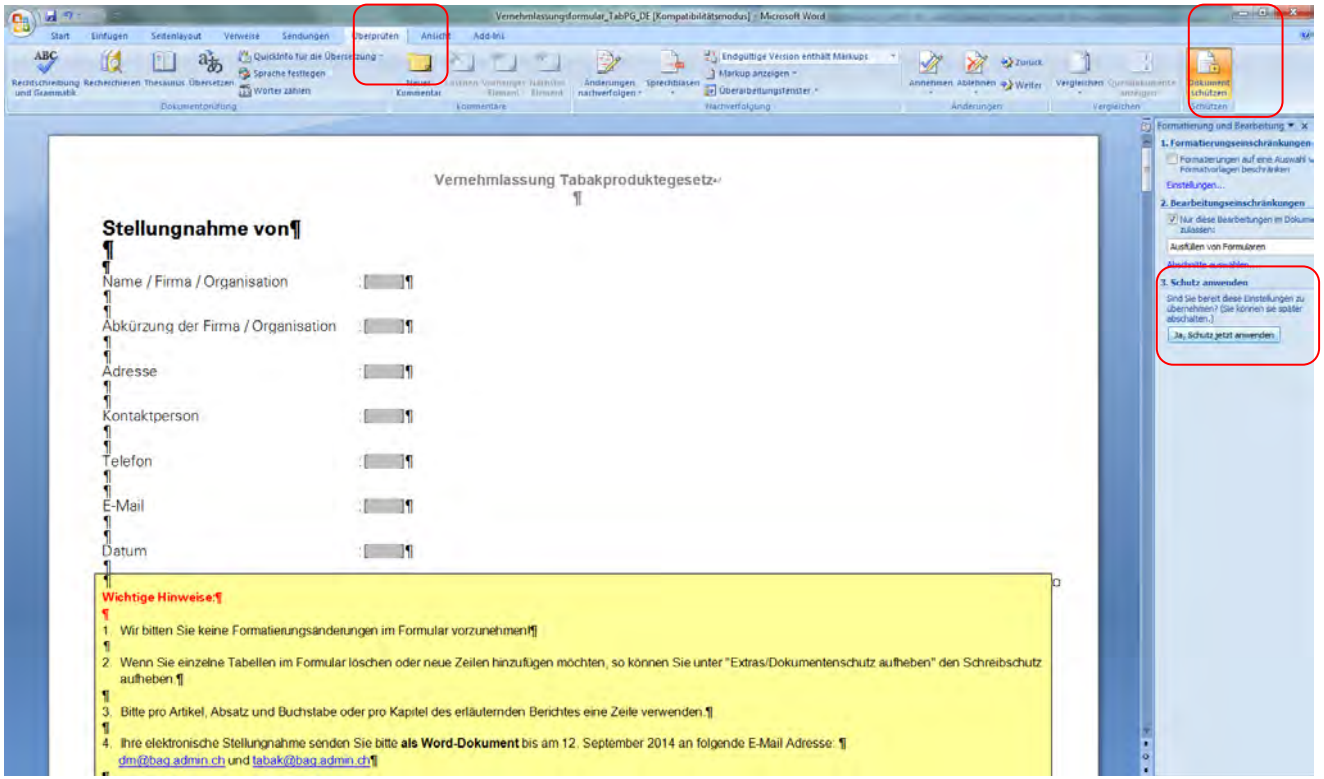
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Allianz Ernährung und Gesundheit

Abkürzung der Firma / Organisation : AEG

Adresse : c/o Public Health Schweiz, Dufourstrasse 30, 3005 Bern

Kontaktperson : Stefanie Zehnder

Telefon : 031 350 16 00

E-Mail : info@allianzernaehrung.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 12

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die Allianz Ernährung und Gesundheit bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
	Die nationale Allianz Ernährung und Gesundheit bezweckt partnerschaftlich und gemeinsam die Anliegen einer gesundheitsfördernden und nachhaltigen Ernährung in der Politik zu fördern. Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken,

	wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[1][2][3]
	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[4] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[5] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[6]

[1] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[2] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[3] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[4] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[5] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[6] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

	Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[7], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.
	Die Allianz Ernährung und Gesundheit bezieht zu den Kostenzielen keine Stellung. Dies ist nicht mit Zustimmung gleichzusetzen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[7] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventionsprogramme).	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[8] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt.	

[8] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				- Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - 70 Prozent der Versicherten haben ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Die Möglichkeit, ein anderes Versicherungsmodell zu wählen, und damit die freie Arztwahl, muss erhalten bleiben. - Das Modell soll gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung der Erstberatung würde diesem Anliegen entgegenstehen. Pauschalabgeltungen führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. - Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Das Ziel, dass die Erstberatung Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.	

				Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

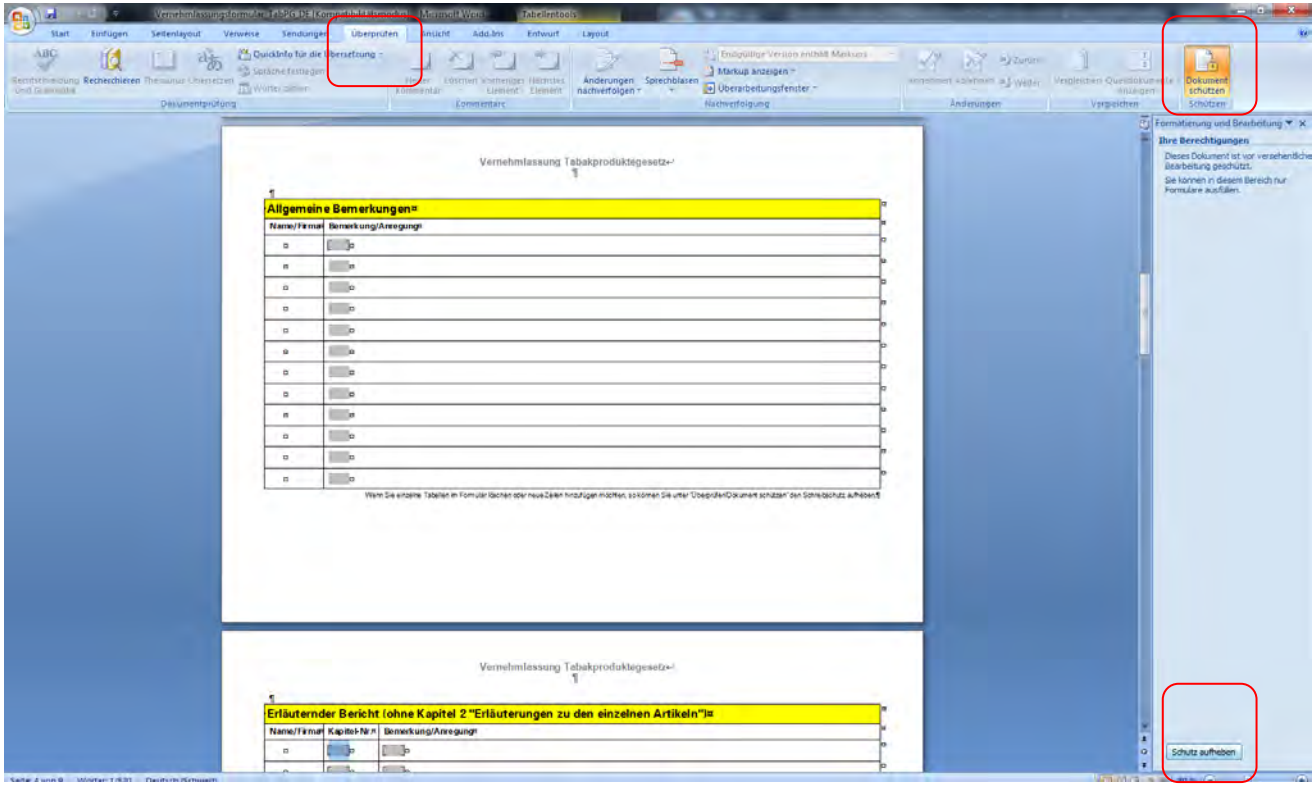
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

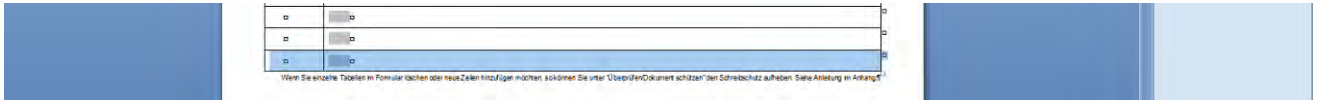
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



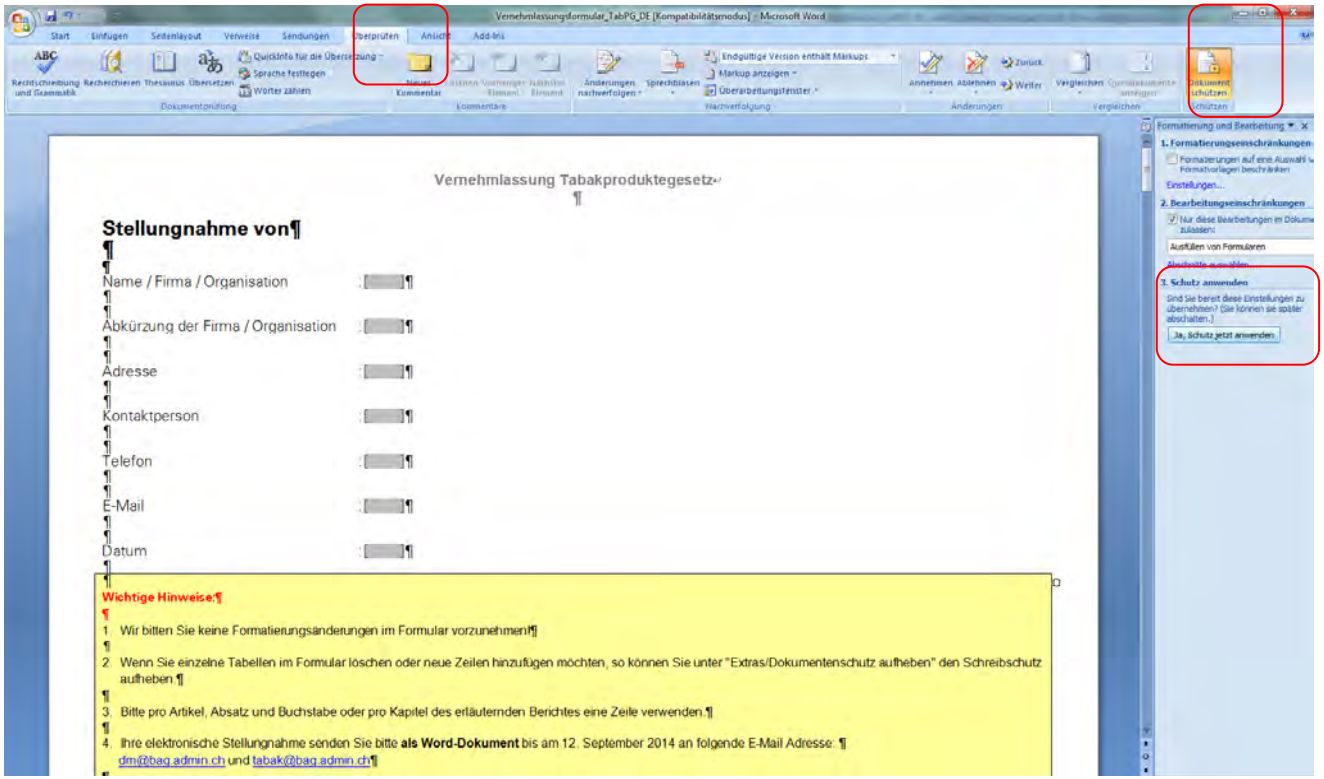
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Alève Mine

Abkürzung der Firma / Organisation : -

Adresse : (privat)

Kontaktperson : siehe oben

Telefon : (privat)

E-Mail : info@alevemine.com

Datum : Oktober 6, 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
   tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4
Weitere Vorschläge 6
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 7

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
-	Vielen Dank für die Gelegenheit, zu dieser Vernehmlasseng beitragen zu dürfen. In diesem Dokument werden zahlreiche Einwände aufgelistet, allerdings ist der ökonomische und strukturelle Druck, der Änderungen erfordert, unbestreitbar, und der Aufwand dieser Vernehmlassung Ihrerseits substantiell. Leider sind Lösungsansätze jedoch eher Industrienübergreifend zu identifizieren. Die Resilienz eines Systems ist nämlich höher als die Resilienz eines einzelnen Schlüsselteils zum gleichen Schock ohne eine auf den gemeinsamen Ziel hin arbeitende Mitwirkung der restlichen Teilen vom System. Im letzteren Fall kann der Teil in Frage rasch überfordert werden, und den Rest vom System in kurzer Zeit trotz diesen Änderungen beeinträchtigt werden. Die hier um eine robustere Lösung zu erzielen nötige Änderungen an Normen, Organisation und Gesetzen erfordern wie oben erwähnt ein umfangreicheres Projekt als das hier und in weiteren Vernehmlassungen geschilderte. Als Prinzip wird hier vorgeschlagen, trotz des Druckes jederzeit die Gesundheit und das Gesundheitspotential vom Patient jedes Alters soweit technisch machbar zu verbessern. Um zu einer erweiterten Lösung beizutragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.
-	Wenn Ihre Texte aus der momentanen Vernehmlassungen, die das Gesundheitswesen betreffen, nicht so implementiert werden wie geplant, ist es wichtig, dass allfällige Modifikationen Ihrer Vorschlägen nicht Richtung einer weiteren Teuerung der Medikamenten, Dienstleistungen oder anderer Kostenpunkten pro Einheit geht. In diesem Sinne begrüsse ich, dass ein Vorgehen zur Kostensenkung angestrebt wird.
-	
-	
-	
-	
-	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	18	*2septie*	b	Die Auswirkungen von Rückerstattungen auf Pharma- bzw Biotech- oder Medtech-Firmen beinhalten ein überhöhtes Firmenwertsbild, ohne jedoch die entstrechende Steuern zu bezahlen, und eine stärkere Verhandlungsausgangsposition gegenüber jeden einzelnen Versicherer. Bei der Aufhebung einer solchen Massnahme wird der entsprechnde Fonds überflüssig.	*Art. 18 Abs. 2septie Bst. b* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	21	1, 2, 3		1) Daten können bekanntlich nicht anonymisiert werden. 2) Die Zuteilbarkeit der Daten an Kantone kreiert ein Druckmittel auf den einzelnen Kantonen betreffend den Gesundheitsgrad, den deren jeweiligen Einwohnern haben müssen oder dürfen.	*Art. 21* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	25	2	h	Die Einführung solcher ärztlich geleiteten,strukturierten Programmen könnte, evtl durch den Vielfalt oder Indirektheit der Kommunikationskanälen, zur Machtverlust vom Patient, insbesondere vom älteren oder schwächeren Patient, mit noch stärkerem Risiko wenn dieser, sei das aus logistischen Gründen, aus Bedacht von Gewalt, aus epidemiologischen oder anderen Gründen, von seiner allfälligen Begleitung getrennt wurde, führen, und diese Situation könnte das Risiko eines mögliches Fehlfunktions oder auch Misbrauchs vom System in Richtung einer vermeidbaren und vom Patient in der Tat ursprünglich unerwünschten Reduktion vom Lebensdauer, Gesundheitspotential, oder der Urteilsfähigkeit, Handlungsfähigkeit, oder auch Arbeitsproduktivität vom Patient	*Art. 25 Abs. 2 Bst. h Ziffer 2* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*

				führen. Strukturen und Systemen, die wir bauen, müssen zweifellos sicherstellen, dass Schaden an Patienten vorgebeugt werden. In Abwesenheit der genannten Programmen wird der Text überflüssig.	
-	25	2	i	Siehe Art. 25. Abs. 2. Bst. h oben	*Art. 25 Abs. 2 Bst. i* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	33	3bis		Siehe Art. 25. Abs. 2. Bst. h oben	*Art. 33 Abs. 3bis* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	35	2	o	Siehe Art. 25. Abs. 2. Bst. h oben: diese Netzwerke als Struktur worauf die genannte Programme sich verwirklichen.	*Art. 35 Abs. 2 Bst. o* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	36b			Siehe Art. 35. Abs. 2 Bst. o oben	*Art. 36b* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	40a			Hier wird davon ausgegangen, dass die erste Beurteilung eines Gesundheitsproblems stets akkurat und vollständig ist, keinen Misbrauch dieser Entscheidungskraft über einzelne Personen je stattfinden kann und stets gute Resultate für die Patienten erzielt werden. Ein wesentlicher Anteil der Bevölkerung, bei einer Wahl zwischen einen restriktiven Versicherungsplan und einen mit freier Arztwahl, wählt die letztere. Diese Alternative wäre hierdurch verweigert. Die andere Alternative waere allerdings in der Implementation auch nicht identisch zur bisherigen Art von restriktivem Plan.	*Art. 40a* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	40b			Siehe Art. 40a oben	*Art. 40b*

					keine Änderung vom ursprünglichen Text
-	40c			Siehe Art. 40a oben	*Art. 40c* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	40d			Siehe Art. 40a oben	*Art. 40d* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	41			Siehe Art. 40a oben	*Art. 41* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	41a			Siehe Art. 40a oben	*Art. 41a* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	41b			Siehe Art. 40a oben	*Art. 41b* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	42	2		In Abwesenheit von Rückerstattungen ist die Änderung überflüssig.	*Art. 42. Abs .2.* *keine Änderung vom ursprünglichen Text*
-	42	3ter		Daraus sollen keine finanzielle oder adminstrative Nachteile für Personen, die weniger verwandt mit Elektronischen Vorgängen oder dieser neuen Regelung sind, entstehen.	*Art. 42 Abs. 3ter, 2. Satz:* *Die Übertragung auf das elektronische System ist den Versicherten als „Opt-In" vorgeschlagen, und bei denjegen, die die Option nicht wählen, weist die Bearbeitung der Zahlungen oder Rückerstattungen keine Komplikation oder Verzögerung gegenüber die Bearbeitung der elektronischen Eingängen, sowie keine Zusatzkosten für den Versicherten, auf. Für*

					diejenigen, die gerne das elektronische System anwenden wollen, jedoch die Kenntnisse dazu nicht haben ist eine technische Support zur Verfügung gestellt. Bei multiplen Versicherungen, die verschiedene Anteile der Kosten decken, ist die Multiplikation der Aufwand für den Versicherten vermieden.
-	42a	2		Ich gehe davon aus, das mit Karte in der Tat eine Nummer bzw. String von Charaktern gemeint ist. Die Verlust oder momentane Abwesenheit einer Karte soll nie ein Hindernis zu einer Behandlung werden können.	*Art. 42a. Abs. 2.* *Die Versichertennummer und/oder andere Identifikatoren werden für die Rechnungsstellung für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.*
-					
-	42a	2bis		Siehe Art. 42a. Abs. 2	*Art. 42a. Abs. 2bis Einleitungssatz:* *Sie können verwendet werden als: []*
-	42a	2ter		Siehe Art. 42a. Abs. 2	*Art. 42a. Abs. 2ter Ausserhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes darf die Versichertennummer nur verwendet werden, wenn eine formelle gesetzliche Grundlage dies vorsieht und wenn der Verwendungszweck und die Nutzungsberechtigten bestimmt sind.*
-	48a			In Abwesenheit der genannten Netzwerken ist Art. 48a überflüssig. Siehe Art. 35 Abs. 2 Bst. o oben.	*Art. 48A* *Aufgehoben*
-	52b			Siehe Art. 18 Abs. 2$_{septie}$ Bst. B oben.	*Art. 52b* *Aufgehoben*

-	52c			Siehe Art. 18 Abs. 2septie Bst. B oben.	*Art. 52c* *Aufgehoben*
-	53	1		In Abwesenheit der in diesem Dokument kontestierten Änderungen sind entsprechende Artikelnummern nicht applizierbar.	*Art. 53 Abs. 1* *[siehe links]*
-	54a			Die Bedeutung oder Relevanz der genannten Kostenziele hängt von deren Festlegungskriterien ab. Bitte um die Offenlegung dieser Kriterien. Arbiträr änderbare Kriterien machen keinen Gesundheit-bezogenen Sinn. Darüber hinaus erhöht jede gesetzliche Übertragung von Entscheidungen an den Bundesrat Lobbyingaktivitäten, und das kann die künftige Ausgewogenheit solcher Entscheiden gefährden.	[Entweder durch Kriterien zu ersetzen oder aufzuheben]
-	54b			Siehe 54a	Siehe 54a
-	54c			Siehe 54a	Siehe 54a
-	54d			Siehe 54a	Siehe 54a
-	54e			Siehe 54a	Siehe 54a

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

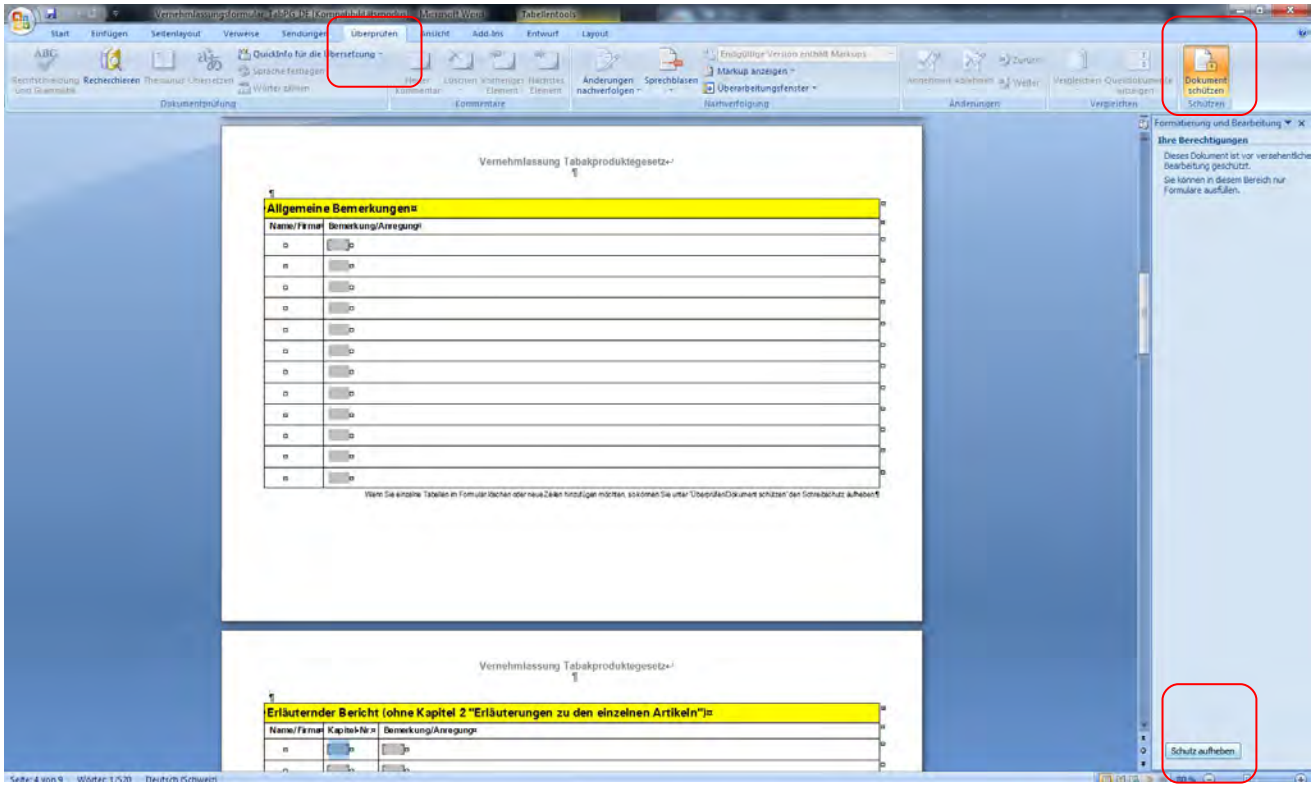
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
-	25	Im Sinne von Art. 32 sowie von dieser Vernehmlassung: Alternative und Komplementäre Medizin hat das Potential, Gesundheitskosten wesentlich zu reduzieren, insbesodere in schwere Krankheiten: https://www.naturalmedicinejournal.com/journal/2013-02/economic-evaluation-complementary-and-alternative-medicine: "patients with the poorest health cost an average of $1,420 less annually if they were [complementary or alternative medicine] users compared to those who were under the care of conventional providers exclusively."; Die logische Folge zu dieser Erkenntnis ist, bei einem Bedürfnis, Kosten zu senken, solche Behandlungen unumgänglich ebenfalls zu decken. Darüber hinaus (gleiche Quelle): "Overall, drug companies will spend an estimated $24 billion this year on research and development, plus millions marketing their products directly to consumers. Compare that to the $100 million allocated by the National Institutes of Health for the study of alternative medicine." Demzufolge sollte in Forschung in diesem Bereich wesentlich mehr investiert werden, um mittelfristig Einsparungen zu erzielen.	*Art. 25 Abs. 2 Bst. B* *[Leistungen umfassen] die ärztlich, alternativmedizinisch, komplementärmedizinisch oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;*
-		Da Individuen, insbesondere in geschwächter Status, durch Kommunikation beeinflussbar sind, ist die Sicherstellung, dass jede	[in den betroffenen Texten einzubringen]

		Kommunikation Entscheidungen vom Patient wenn überhaupt in Richtung Verbesserung seiner Gesundheit und seines Gesundheitspotentials bewegt, angebracht.	
-	IVG		[nach den aus den obigen Einwänden ableitbaren Prinzipien zu definieren]
-	KVAG Art. 48 Bst. c	„Der Insolvenzfonds wird finanziert durch: [..] c.Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren und von den Pharmaunternehmen an die gemeinsame Einrichtung zurückerstattet werden;“: anstatt aufzuheben: Solche Mehreinnahmen können, wenn diese nicht gegen die Insolvenz von Versicherern gebraucht werden, gegen die Insolvenz der Versicherten angewendet werden.	[nach dem Prinzip links zu definieren]
-			
-			
-			
-			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

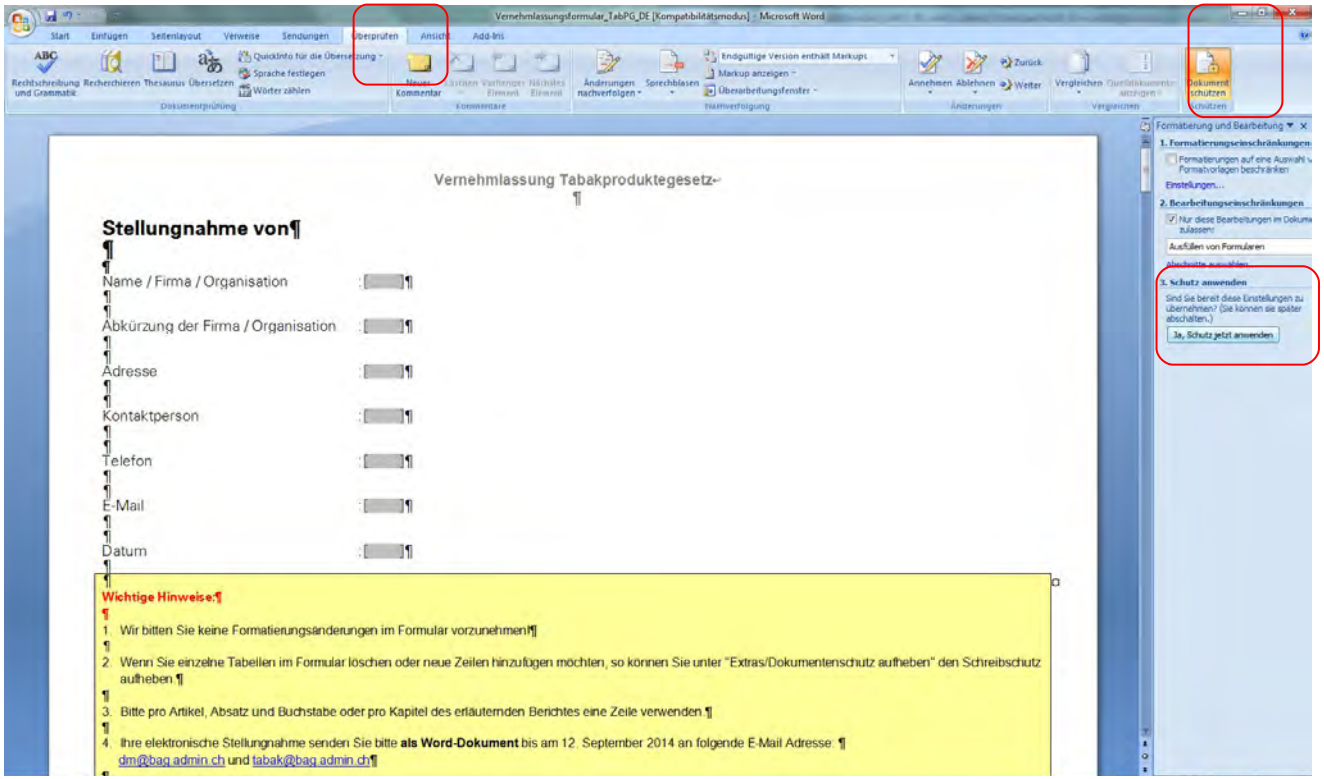


2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen

3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : alliance F

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Länggassstrasse 10, 3012 Bern

Kontaktperson : Sophie Achermann

Telefon : 079 274 67 53

E-Mail : sophie.achermann@alliancef.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 9

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
alliance F	64	7	b	alliance F, der Bund Schweizerischer Frauenorganisationen, vertritt 150 Organisationen und insgesamt mehrere Hunderttausend Frauen in der Schweiz. Wir setzen uns aktiv für die Gleichstellung von Frau und Mann, für eine Verbesserung der Berufstätigkeit der Frauen und bessere Rahmenbedingungen in der Erwerbstätigkeit ein. Gerne äussern wir uns in Vernehmlassungsverfahren zu geplanten Änderungen, welche überwiegend und ganz spezifisch Frauen betreffen. Wir nehmen daher gerne zu Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG Stellung. alliance F begrüsst grundsätzlich die vom Bundesrat gewählte Formulierung, wonach «Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG ergänzt werden soll mit den Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft. Auch diese Leistungen sollen, neben den Leistungen nach den Artikeln 25 und 25a KVG, ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft, von der Kostenbeteiligung befreit werden.» Wir regen jedoch eine weitere Verbesserung an: alliance F ist der Auffassung, dass die Befreiung der Kostenbeteiligung in Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG nicht auf den Zeitraum ab der 13. Schwangerschaftswoche beschränkt bleiben darf, sondern ab der ersten Schwangerschaftswoche greifen muss. Die zeitliche Beschränkung der Kostenbefreiung	

				führt zu einer Ungleichbehandlung von Frauen, welche in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen wegen Komplikationen Behandlungen benötigen, gegenüber Frauen, bei denen die Schwangerschaft problemlos verläuft. Dies hat auch der Bundesrat in seiner Antwort auf die Interpellation Kälin (18.4372) bestätigt. Die bereits vom Nationalrat angenommenen, aber im Ständerat noch nicht behandelten Motionen Kälin (19.3070) und Addor (19.3307) fordern die entsprechende Anpassung der Bestimmung. Auch der Bundesrat beantragte die Annahme dieser beiden Motionen. Um unnötige gesetzgeberische Leerläufe zu verhindern, sollte die Anpassung bereits im Rahmen der laufenden Revision erfolgen. Die derzeitige Regelung ist für Frauen, die innerhalb der ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft Komplikationen erleiden, emotional und finanziell schmerzhaft. Ihre Schwangerschaft gilt als Krankheit. Besonders betroffen sind Frauen, die in diesem Zeitraum eine Fehlgeburt durchstehen müssen. Etwa 30% aller Frauen erleben in ihrem Leben einen Spontanabort[1]. Nahezu 80% der Fehlgeburten treten im ersten Trimester auf und manifestieren sich typischerweise vor der 13. Schwangerschaftswoche[2]. Das Risiko eines Frühaborts steigt mit fortgeschrittenem Alter der Mütter signifikant an. Während das Risiko bei Frauen im Alter von 30 bis 34 Jahren bei 15% und im Alter von 35 bis 39 Jahren bei 25% liegt, beträgt es bei Frauen über 40 Jahren 45% und bei Frauen im Alter von 45 Jahren und älter 93%[3, 4]. Diese Zahlen zeigen eindrücklich, wie viele Frauen während den ersten 12 Schwangerschaftswochen eine Fehlgeburt erleiden, für deren Kosten sie gemäss der vorgeschlagenen Bestimmung weiterhin selber aufkommen müssen. Eine Ausweitung der Kostenbefreiung auf die gesamte Schwangerschaft drängt sich auch auf, um die	

				Gesundheitsversorgung von sozial benachteiligten Frauen zu verbessern. Deren reproduktive Gesundheit ist besonders gefährdet, da sie aus Kostengründen seltener ärztliche Behandlung wahrnehmen[5]. Die im Gesetzestext belassene Definition der Kostenbefreiung ab der 13. Schwangerschaftswoche führte in der Praxis zudem immer wieder zu Problemen bei der Abgrenzung zu den ohne zeitliche Limitierung kostenbefreiten Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 KVG). Viele Versicherungen rechneten alle Leistungen in den ersten 12 Wochen über die Franchise und Selbstbehalt ab, selbst solche, für die nach geltendem Recht eine unlimitierte Kostenbeteiligung gilt[6]. In der Folge erliess das Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2018 ein Kreisschreiben an die Krankenkassen, welches Abgrenzungsfragen klären sollte[7]. Die Problematik konnte damit allerdings nicht entschärft werden. Weiterhin verfolgen viele Versicherungen eine Praxis, die von schwangeren Frauen Kostenbeteiligung für Leistungen verlangt, die zu jedem Zeitpunkt von der Versicherung zu tragen wären[8]. Mit der Aufhebung der zeitlichen Limitierung in Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG erübrigen sich solche Abgrenzungsfrage. Dies führt zu einer erheblichen Vereinfachung in der administrativen Bearbeitung der Leistungen während der Schwangerschaft und gerade nicht zu einem Mehraufwand, wie der Bundesrat dies in seiner Antwort zur Interpellation Kälin (18.4372) annahm; dies umso mehr, als dass Frauen in aller Regel vier bis sechs Wochen nach der letzten Menstruation in Kenntnis ihrer Schwangerschaft sind und somit nur selten Leistungen rückverrechnet werden müssten. Billmann, M.-K.; Rath, W.; Beinder, E. (2010): Schwangerschaften bei erhöhtem mütterlichen Alter: Ergebnisse aus Zürich und Literaturübersicht. In: Geburtsh	alliance F beantragt, Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG wie folgt anzupassen: *Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:* *Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die ab Beginn der Schwangerschaft, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.*

				Frauenheilk 70 (04), S. 273–280. DOI: 10.1055/s-0029-1241025. Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018): Kreisschreiben: Leistungen bei Mutterschaft und Kostenbeteiligung. Glur, Rosina; Trenkel, Maria (2019): Erfahrungen in der Nutzung des postpartalen Versorgungsangebots durch sozial benachteiligte Frauen. Ein Literaturreview. Bachelor-Thesis. Berner Fachhochschule Departement Gesundheit, Bern. Abteilung für angewandte Forschung, Disziplin Geburtshilfe. Hebeisen, Chantal (2020): Falsche Abrechnungen auf Kosten von Schwangeren. In: Beobachter, 2020. Online verfügbar unter https://www.beobachter.ch/geld/krankenkasse/gesetzes-wirrwarr-falsche-abrechnungen-auf-kosten-von-schwangeren. McNair, Tiffany; Altman, Kristina (2011): Miscarriage and Recurrent Pregnancy Loss. In: K. Joseph. Hurt (Hg.): The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 438-447. Steinburg, Stephanie Pildner von; Schleußner, Ekkehard; Kuon, Ruben; Vomstein, Kilian; Toth, Bettina (2018): Störung der Frühschwangerschaft und Aborte. In: Berthold Huppertz und Ekkehard Schleußner (Hg.): Die Plazenta. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 221–245.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation	: Anne Guyaz
Abréviation de la société / de l'organisation	: Guyaz
Adresse	: Rue Gambetta 5, 1815 Clarens
Personne de référence	: Anne Guyaz
Téléphone	: 079 680 02 43
Courriel	: anne.guyaz@bluewin.ch
Date	: 12.11.20

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **4**

Autres propositions ____ **7**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ **9**

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
Guyaz	Après une dizaine d'année de travail dans le cadre des associations féminines et féministes et au suivi de la mise en œuvre en Suisse des instruments multilatéraux en matière de droits humains des femmes, j'ai dû cesser mes activités en raison de ma santé psychique. Ayant désormais repris un peu d'énergie, je mets celle-ci au service des femmes touchées dans leur santé psychique et somatique. C'est dans le cadre de cette réflexion que j'interviens dans le cadre de cette consultation.
Guyaz	Le contre-projet me semble ici une meilleure solution que l'initiative à l'origine de cette modification. En effet, le sujet est trop pointu pour être intégré dans la Constitution qui a mon avis doit rester la plus concise possible et ne poser que les éléments-cadre de la législation suisse.
Guyaz	Les propositions que je vais porter à ce document vont porter sur deux points : 1. La possibilité de consulter un/e gynécologue/obstétricien ou un/e psychiatre sans avoir besoin d'une délégation de la personne qui assume le rôle de premier point de contact. 2. Une remarque sur l'importance de la logopédie.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
Guyaz	21	2		Il est important que les données agrégées puissent aussi ne concernent pas uniquement les fournisseurs de soin mais qu'elles puissent être croisées avec les personnes assurées. En effet, qui dit données agrégées dit aussi des données par genre, âge, etc. En effet, si ensuite on fait le lien avec la modification prévue à l'art. 21, al. 2, let. i., il est important de connaître ces données, étant donné la différence entre personnes assurées d'accepter ou d'envisager la participation à un programme sous la responsabilité d'un médecin selon leur genre, leur âge, etc.	2 Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. Celle-ci doit permettre de répartir les coûts entre les différents fournisseurs de prestations et, pour chacun de ces fournisseurs de prestations, par canton de résidence des assurés traités, ainsi que par genre, âge et d'autres critères fixés par le Conseil fédéral. Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement:
Guyaz	41	4		Cette modification est une simple conséquence de la modification proposée ci-dessus.	4 Il n'est pas tenu de prendre en charge les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par d'autres fournisseurs de prestations, sauf s'il a donné au préalable une garantie particulière de prise en charge ou que l'assuré a eu besoin d'urgence de l'examen ou du traitement ou que ces prestations aient été fournies par un spécialiste tel que défini par l'art.40b, al. 2bis. L'assureur donne la garantie de prise en charge si les fournisseurs de prestations qu'il a désignés ne prodiguent pas la prestation en question.
Guyaz	LAI 14	3		Je comprends très bien que cet alinéa fasse partie des modifications rédactionnelles que vous évoquez dans votre courrier. Je me permets tout de même de vous exprimer ma déception	3 *abrogé*

				quant à la non prise en charge de la logopédie. En effet, elle se montre parfois très utile pour surmonter un trouble cognitif qui pourrait être soit à l'origine soit en conséquence d'un trouble psychique.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Autres propositions

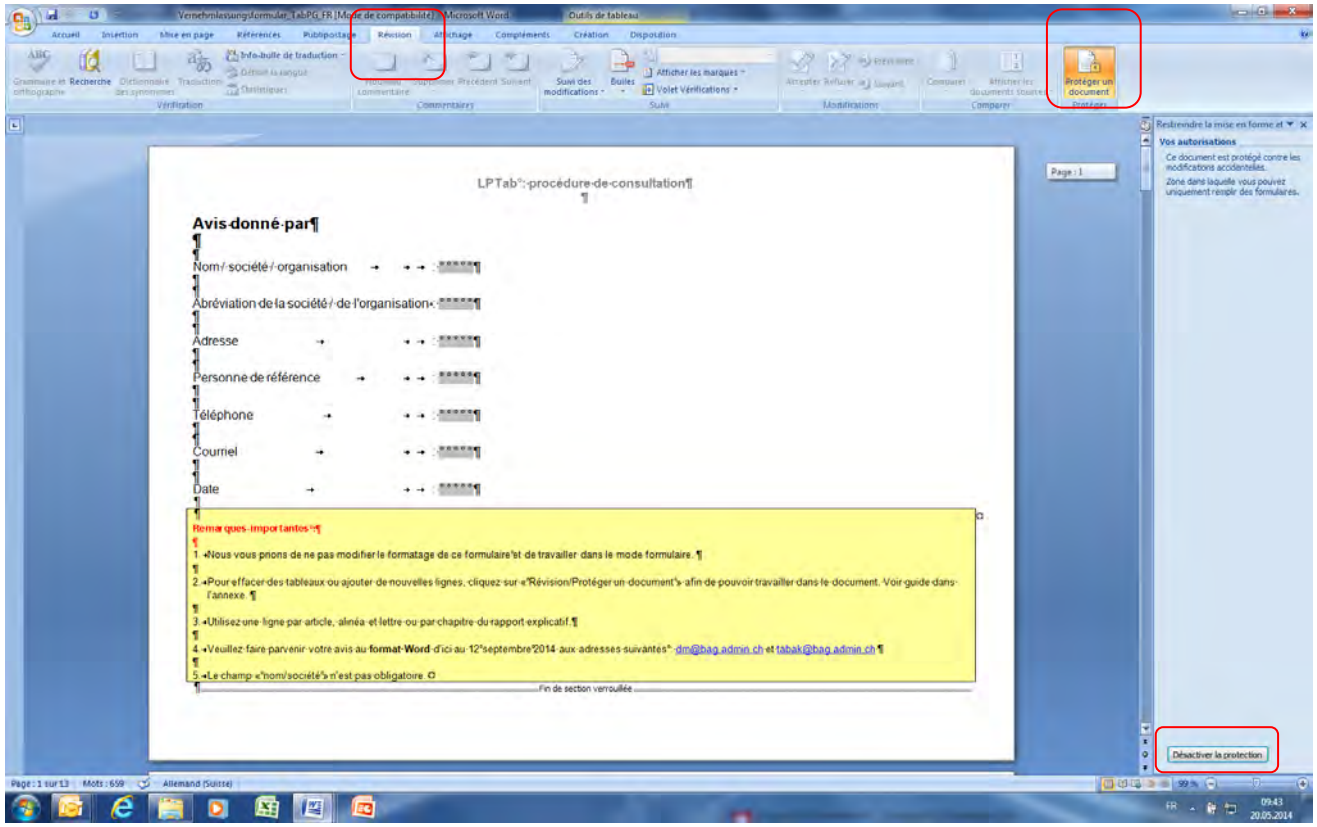
Nom/société	Art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
Guyaz	40b	Nouvel alinéa 2 bis : Une personne assurée, et là je pense particulièrement aux personnes de genre féminin, devrait pouvoir obtenir des prestations de soin d'un gynécologue-obstétricien ou d'un psychiatre sans avoir besoin d'une délégation de la personne qui assume pour elle le rôle de premier contact. Que ce soit dans sa santé féminine ou dans sa santé psychique, une femme a souvent peur de ne pas se sentir écoutée ou prise au sérieux par son médecin de premier contact, surtout si elle souffre de troubles anxieux ou de troubles affectifs que ceux-ci soient les véritables troubles dont elle souffre ou seulement des symptômes d'un trouble plus important. Il lui faut donc pouvoir jouir d'un accès direct à ces spécialistes sans avoir besoin de la délégation telle qu'elle est prévue à l'art. 40b, al.1, let.b. Un trouble anxieux ou affectif ne représente pas forcément une urgence s'il n'y a pas de mise en danger de la personne assurée.	*Art. 40b* Principe applicable à la prise en charge des coûts 1 L'assurance obligatoire des soins ne prend en charge les coûts des prestations visées aux art. 25 à 31 que si les prestations sont fournies: a. par le premier point de contact, ou b. sur délégation du premier point de contact à un autre fournisseur de prestations. 2 En cas d'urgence, aucune délégation n'est nécessaire. 2bis Aucune délégation n'est nécessaire lorsque les prestations sont fournies par un médecin disposant des diplômes postgrades suivants : -gynécologie ou obstétrique, -psychiatrie. 3 Les assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège ont besoin d'une délégation de leur premier point de contact pour les examens et les traitements en Suisse. 4 Le Conseil fédéral règle les modalités de la délégation et les autres exceptions à l'exigence d'une délégation.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

1 Désactiver la protection du document

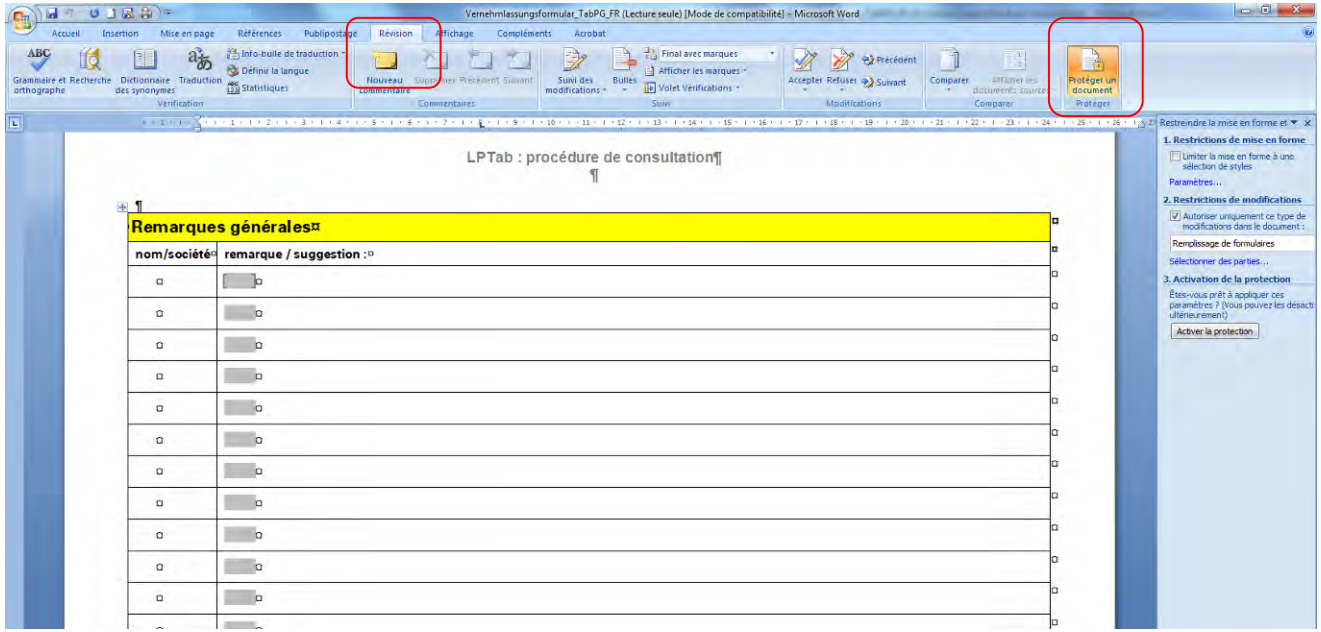


Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

2 Insérer de nouvelles lignes

Sélectionner une ligne entière incluant les champs marqués en gris (la ligne sélectionnée devient bleu)
Presser Control-C pour copier
Presser Control-V pour insérer

3 Réactiver la protection du document



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : AT

Adresse : Haslerstrasse 30

Kontaktperson : Luciano Ruggia

Telefon : 031 599 10 20

E-Mail : luciano.ruggia@at-schweiz.ch

Datum : 13.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 12

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
	Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[1][2][3]

[1] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[2] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[3] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[4] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[5] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[6] Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[7], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur

[4] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[5] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[6] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

[7] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

	Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.
	Die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz bezieht zu den Kostenzielen keine Stellung. Dies ist nicht mit Zustimmung gleichzusetzen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventionsprogramme).	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[8] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt.	

[8] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				- Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - 70 Prozent der Versicherten haben ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl abgeschlossen. Die Möglichkeit, ein anderes Versicherungsmodell zu wählen, und damit die freie Arztwahl, muss erhalten bleiben. - Das Modell soll gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung der Erstberatung würde diesem Anliegen entgegenstehen. Pauschalabgeltungen führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. - Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Das Ziel, dass die Erstberatung Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten.	

				Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

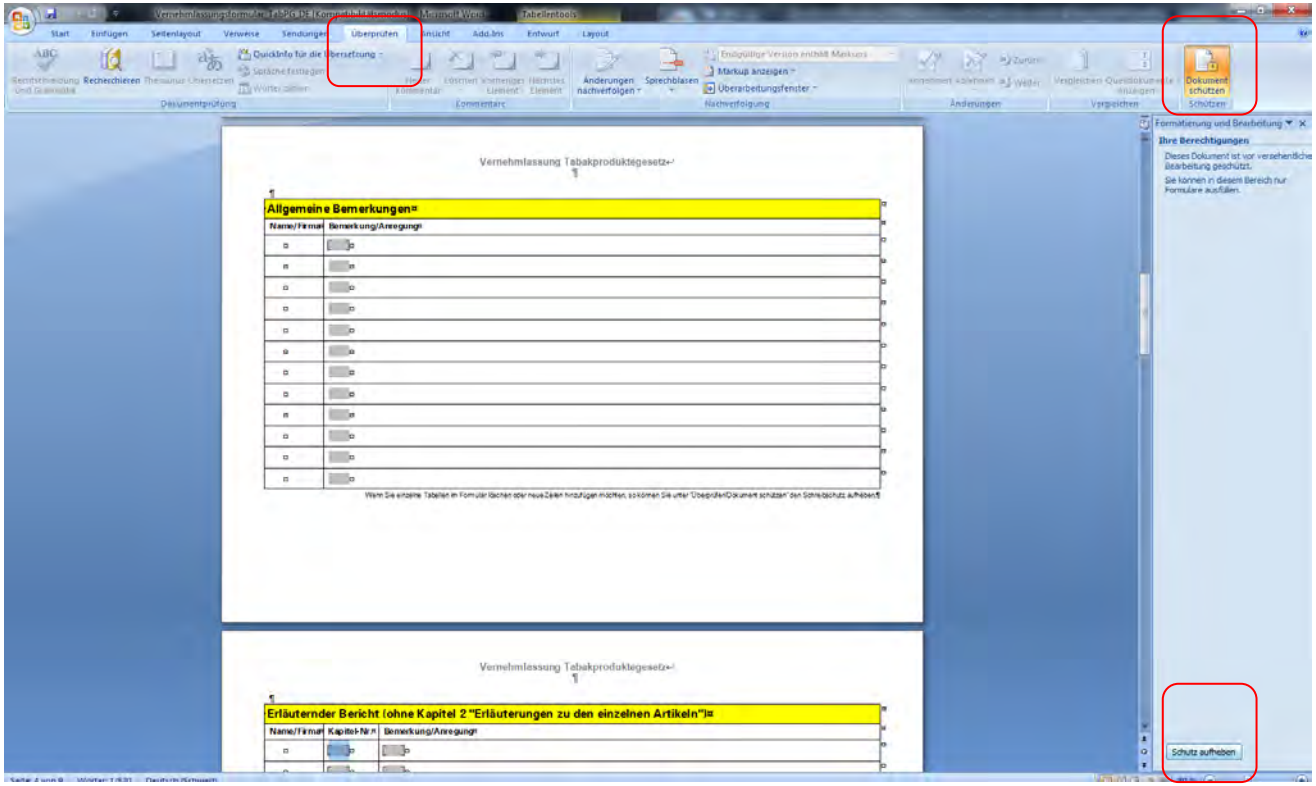
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

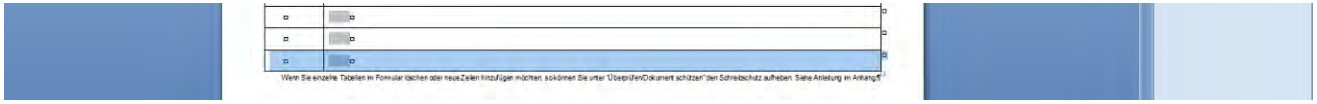
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



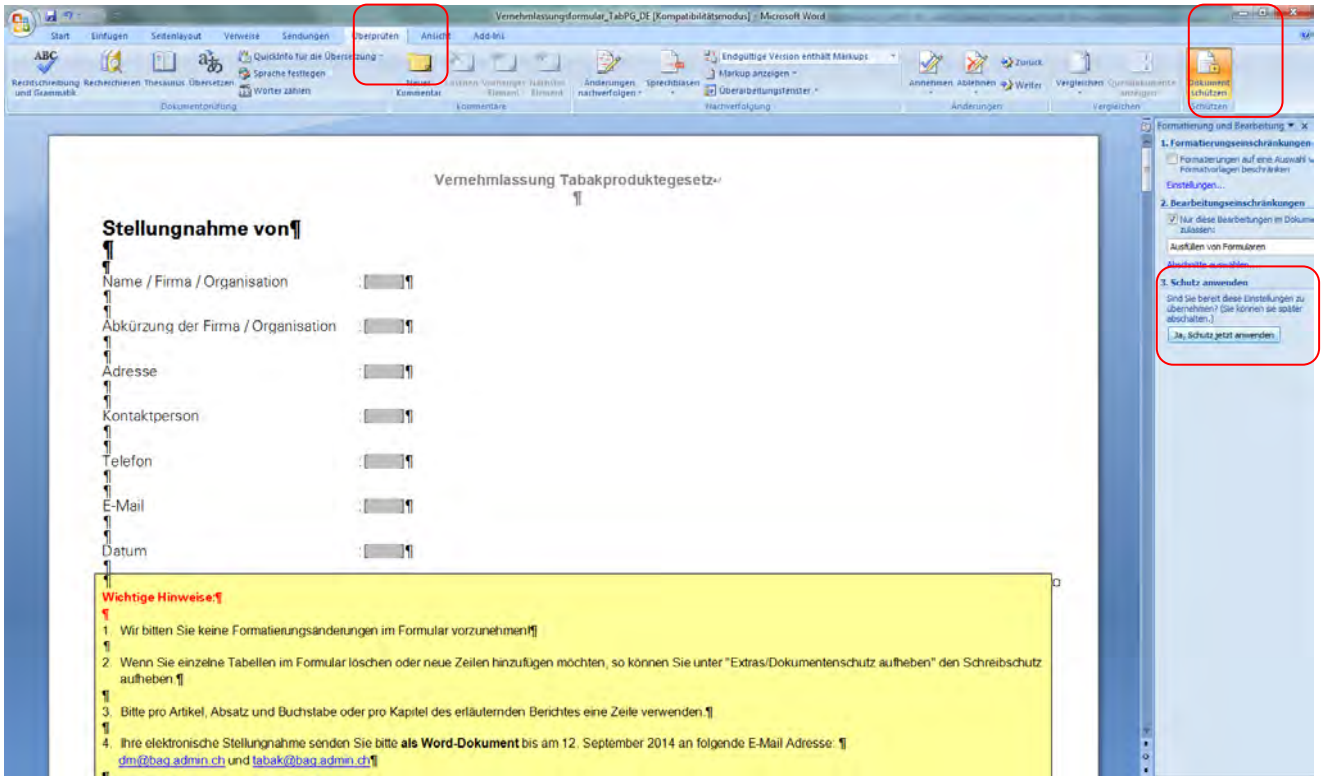
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Bündnis
Freiheitliches
Gesundheitswesen

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 14. November 2020

Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 19. November 2020 eröffnet und unsere Organisation zur Stellungnahme eingeladen. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

I. Vorbemerkungen

Im Rahmen unserer Ausführungen zur Vorlage beschränken wir uns auf grundsätzliche, systemische Feststellungen. Technische Ausführungen überlassen wir den Fachverbänden.

1. Kein valabler Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der CVP

Das vorliegende Paket soll als indirekter Gegenvorschlag zur Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» der CVP verwendet werden. Den Anforderungen an einen valablen Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative genügt dieses Paket aber bei weitem nicht: es ist nicht genügend strukturiert, die einzelnen Massnahmen weisen keinen systemischen Sachzusammenhang auf und verfügen auch nicht über nachweisbares, nicht einmal plausibles Sparpotential im signifikantem Bereich.

Wir haben vielmehr den Eindruck, dass dieses – wie nachstehend dargelegt – schwache Reformpaket – durch die Verbindung mit der Kostenbremse-Initiative zusätzlichen Auftrieb und Daseinsberechtigung erhalten soll.

GESCHÄFTSSTELLE: ST. JAKOBS-STRASSE 25, POSTFACH 135, CH-4010 BASEL / SCHWEIZ
PHONE 0041 61 421 35 55 – MOBILE 0041 79 415 33 37
MAIL: BUENDNIS@BLUEWIN.CH – WEB: WWW.FREIHEITLICHESGESUNDHEITSWESEN.CH

2. Gute Vorschläge aus der Expertengruppe des Bundesrates eliminiert und nicht berücksichtigt

Wir bedauern es sehr, dass einige der guten Vorschläge aus der Expertengruppe des Bundesrates (38 Punkte-Programm) eliminiert wurden und auch den Weg in das zweite Massnahmenpaket nicht gefunden haben. Stattdessen hat der Bundesrat neue Massnahmen formuliert, welche – wie nachstehend dargelegt – kaum bis keinen Spareffekt erzielen würden und keine systemische Weiterentwicklung darstellen. Man gewinnt somit den Eindruck, dass die Expertengruppe des Bundesrates nur noch als „Feigenblatt" verwendet wird, denn es werden nur noch drei Massnahmen aus dieser Gruppe vorgeschlagen (M01, M10 und M27).

3. Massnahmen ohne Sparpotential

Der Spareffekt dieser Massnahmen ist weitgehend sehr gering und mehrheitlich inexistent. Gewisse Massnahmen können mit dem damit verbundenen Bürokratieaufwand sogar zu einem Kostenanstieg führen.

Die Massnahmen beruhen auf einer einseitigen, etatistischen Sichtweise und führen zu einer massiven Zunahme an staatlicher Planung, der weitgehend kein signifikanter Nutzen gegenübersteht. Dementsprechend würde sich mit Umsetzung dieser weitgehend unpraktikablen Massnahmen die Schwerfälligkeit des Systems erhöhen, es käme zu einem massiven Zuwachs an Bürokratie.

II. Zu den einzelnen Massnahmen

1. Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP

Wir lehnen diese Massnahme entschieden ab, weil es hier de facto um die Einführung von Globalbudgets geht, auch wenn der Titel anders lautet.

Ein solches System setzt falsche Anreize, weil die Konsequenzen von Budgetüberschreitungen in einer nachfolgenden Periode greifen und weil sie auch Akteure treffen, die sich korrekt / kostenbewusst verhalten oder mit etwas Mehraufwand Einsparungen in anderen Bereichen erzielen. Diese Form der «Sippenhaft» innerhalb einer Branche respektive einer Budgetgruppe bestraft de facto diejenigen, die sich kostenbewusst verhalten und ist damit kontraproduktiv.

Ferner wird durch die konkret vorgeschlagene Form der Zielvorgaben die Administration massiv erhöht, indem nationale Ziele, kantonale Ziele und Ziele pro Leistungsgruppe geschaffen werden sollen. Noch mehr Administration würde dann durch Korrekturmassnahmen entstehen, wenn Kostenziele nicht eingehalten werden.

Damit wird ausserdem das «Silodenken» der einzelnen Branchen gefördert, was allen Bestrebungen im Bereich der integrierten Versorgung diametral entgegenläuft.

Die Umsetzung der beschriebenen Massnahme würde im Effekt zu Rationierungen führen, die im krassen Gegensatz zu den WZW-Kriterien stehen, worunter dann auch Behandlungsqualität und Patientensicherheit leiden würden. Und wenn man Leistungen rationiert, müsste man folgerichtig auch die Versicherungsdeckung rationieren. Diese Effekte sind mit Sicherheit nicht anzustreben.

Schlussendich ist festzuhalten, dass die Parameter des vorgeschlagenen Modells als mehrheitlich willkürlich zu qualifizieren sind und kaum Zusammenhang mit dem tatsächlichen medizinischen Bedarf haben.

Erfahrungen zeigen, dass Kantone, die bereits mit Globalbudgets arbeiten (Waadt, Genf), keine nutzbringenden Effekte in Bezug auf die Kostenentwicklung ausweisen können. Im Gegenteil waren sogar kontraproduktive Effekte zu verzeichnen

Valable Alternativen zu dieser Form von Globalbudgets sind vorhanden:

- Die seit Jahre überfällige Operationalisierung und damit korrekte Umsetzung der WZW-Kriterien des KVG würde zu einem deutlich verbesserten Kosten-Nutzen-Verhältnis der medizinischen Leistungen führen, wovon Prämienzahlende und Patientinnen / Patienten profitieren würden. Es kann hierzu auf die nachstehenden Ausführungen unter Ziffer 5. verwiesen werden.
- Sinnvoll wäre es, Kostenziele unter den Tarifpartnern zu vereinbaren, versehen mit den richtigen Anreizen. Solche Lösungsansätze bestehen heute bereits, eine Anwendung auf breiter Ebene findet aber noch nicht statt. Deshalb sind stärkere Anreize zu setzen, um weitere, innovative Lösungen bottom up zu stimulieren.

2. Erstberatungsstelle

In der vorgeschlagenen Form ist dieses Instrument aus mehreren Gründen abzulehnen:

- Gatekeeping-Modelle funktionieren nur, wenn sie freiwillig gewählt werden können, weil dann kein Misstrauen besteht, dass der Leistungserbringer ein Rationierer ist.
- Es existieren bereits entsprechende Modelle im Rahmen von Alternativen Versicherungsmodellen (AVM). Der Bundesrat kann die Kostenbeteiligung der Versicherten in diesen Modellen bereits jetzt schon im Sinne von Anreizen durch Änderung der Kostenbeteiligung (Selbstbehalt) beeinflussen und hat dies beispielsweise bei den Generika schon getan.
- Es ist kein signifikanter Spareffekt erkennbar, im Gegenteil können bei bereits etablierten Behandlungssituationen sogar Mehrkosten entstehen.
- Ein Instrument in dieser Form führt zu mehr Bürokratie und zur Einschränkung der Wahlfreiheit, sinnvolle und zweckmässige Zweitmeinungen werden unterdrückt.
- In rechtlicher Hinsicht ist die Haftungsfrage – auch unter dem Aspekt des Übernahmeverschuldens – nicht geklärt.

Deutlich sinnvoller ist es, die Dynamik im Bereich der AVM mit mehr Handlungsspielraum für die Tarifpartner zu stimulieren und für die entsprechenden Versicherungsprodukte kostentransparent korrekte Prämien zu ermöglichen. Wichtig ist dabei, den Spielraum für Gatekeeping-Modelle sowie für die Koordination der Behandlungen nach dem Gatekeeper zu erweitern und nicht einzuschränken. Dabei muss die vollständige Wahlfreiheit in der OKP mit kostendeckenden Prämien weiterhin möglich sein. Nur so wird das bisher praktizierte, freiwillig gewählte «Dreieck des Vertrauens» weiter bestehen, welches erfahrungsgemäss die erfolgversprechende Basis zur Weiterentwicklung solcher Modelle ist.

3. Netzwerke zur koordinierten Versorgung

Eine Weiterentwicklung in diesem Bereich ist aus unserer Sicht prüfenswert, allerdings darf dabei die bestehende Dynamik in der integrierten Versorgung nicht abgewürgt und durch eine einheitliche staatliche Lösung ersetzt werden. Sonst würden heute bewährte AVM faktisch eliminiert.

In der vorliegenden Form ist kein klarer Spareffekt gegenüber dem Status quo erkennbar.

Staatlicher Zwang und Vereinheitlichung Top down sind der falsche Weg. Dabei ist zu bedenken, dass das Stimmvolk die Managed Care – Vorlage am 17. Juni 2012 abgelehnt hat, weil keine Einheitslösung in diesem Bereich gewünscht war.

Eine Weiterentwicklung muss deshalb in Netzwerken geschehen, die sich – durch starke Anreize - Bottom up entwickeln. Die bestehenden Aktivitäten der Akteure belegen, dass der Bottom up-Approach funktioniert.

So kann die Dynamik im System erfolgreich erhöht werden. Gewisse Anreize kann der Bund jetzt schon setzen und die Kostenbeteiligung senken, wie er dies im Bereich bei Generika bereits gemacht hat.

Sehr wichtig ist es, Anreize zur Verbesserung der Qualitätssicherung und zur Verbesserung von Qualitätswettbewerb und Qualitätstransparenz zu setzen.

4. Programme der Patientenversorgung

Auch hier erscheint uns eine vertiefte Prüfung und Weiterentwicklung sinnvoll, allerdings ohne Vorgabe von Leistungen und Genehmigungsvorbehalt der Verwaltung. Es kann hierzu auf die vorstehende Begründung zu Netzwerken der koordinierten Versorgung verwiesen werden.

5. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung

Diese Massnahme lehnen wir entschieden ab und verweisen darauf, dass der Nationalrat eine entsprechende Bestimmung bereits in seiner Debatte vom 29. Oktober 2020 mit klarem Mehr abgelehnt hat.

Auf den ersten Blick ist diese Bestimmung überflüssig, da die Konkretisierungskompetenz auf Verordnungsstufe bei jeder Gesetzesbestimmung ohnehin gegeben ist und nicht jedes Mal explizit im Gesetz genannt werden muss.

Hier geht es aber offenbar darum, in den Bereich der Autonomie der Tarifpartner zu intervenieren und die ganze Anwendung der WZW-Bestimmungen zu „verstaatlichen".

Dies ist insbesondere deshalb befremdend und nicht zielführend, weil der Bundesrat seiner Aufgabe, die WZW-Kriterien des KVG zu konkretisieren respektive zu operationalisieren, in den rund 25 Jahren seit Inkrafttreten des KVG nur sehr rudimentär nachgekommen ist. Diese Malaise hat auch direkten Einfluss auf die Beurteilung von Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessments (HTA) durch das BAG, welche in rechtsstaatlich fragwürdigen Verfahren ohne klare und transparente Regeln durchgeführt werden.

Demgegenüber haben sich die Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens seit vielen Jahren sehr aktiv mit dieser Thematik befasst. Die Tarifpartner sind im Rahmen der Tarifverhandlungen bestrebt, die Anwendung der WZW-Kriterien permanent weiter zu klären. In diesem Zusammenhang hat das Bündnis mit Schreiben vom 21.2.2020 an Herrn Bundesrat Alain Berset gerade jüngst wieder Vorschläge und Konzepte zu diesen Fragestellungen unterbreitet und die Diskussion erarbeiteter Resultate angeboten. In seinem Antwortscheiben vom 7.5.2020 hat Bundesrat Alain Berset ein Gespräch mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Präsentation des Berichtes in Aussicht gestellt. Dieses hat bis heute nicht stattgefunden.

Bereits vorher wurden dem BAG Vorschläge für ein neues Preisbildungssystem bei Medikamenten (Juni 2017) und für eine deutliche Verbesserung des Systems bei den Laboranalysen unterbreitet, letzteres im Rahmen der Bearbeitung der Motion 17.3969 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR). In beiden Fällen hat das BAG keine Bereitschaft signalisiert, sich mit diesen Vorschlägen zu befassen.

Der Versuch, die Akteure und insbesondere die Tarifpartner nun durch die Platzierung dieser Bestimmung vom weiteren Prozess zur Konkretisierung der WZW-Kriterien weitgehend auszuschliessen, ist nicht nur systemisch falsch, weil damit ein massiver Eingriff in die Tarifautonomie verbunden wäre, es würden damit auch in inhaltlicher Hinsicht viele konstruktive Ansätze zur Weiterentwicklung unterbunden.

6. Preismodelle und Rückerstattungen

Neue Preisbildungsmodelle bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten sind grundsätzlich zu begrüssen. Sie sind aber im Einzelfall auf ihre Tauglichkeit und Systemkompatibilität hin zu überprüfen. Ferner stellt sich die Frage, ob grosse, internationale Pharmaunternehmen aufgrund ihrer internen Governance-Regeln tatsächlich autorisiert und in der Lage sind, derartige Modelle für den Schweizer Markt zu entwickeln.

Von deutlich grösserer Wichtigkeit ist die Schaffung eines vollständig neuen Preisbildungssystems für Medikamente. Dieses System muss Regelungen für günstige Medikamente der Grundversorgung und für hochpreisige, innovative, patentgeschützte Medikamente enthalten. Diese äusserst wichtige Pendenz darf nicht durch die vage Aussicht auf die Schaffung vermeintlicher Modelle ausschliesslich im hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Bereich blockiert werden.

Entsprechende Vorschläge liegen bereits vor und wurden dem BAG – wie vorstehend unter Ziffer 5. ausgeführt – bereits im Juni 2017 vorgestellt, ohne dass je eine substantielle Antwort darauf erfolgt, geschweige denn die Reform des bestehenden Systems ernsthaft geprüft worden wäre.

7. Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen

Die Gewährung von Intransparenz bei der Preisbildung von hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten als Gegenleistung für neue Preisbildungsmodelle, deren Umsetzung – Stand heute - zweifelhaft ist, lehnen wir entschieden ab.

Eine Ausserkraftsetzung des BGÖ gegen eine vage Zusicherung des Bundesrates, dies anderweitig zu kompensieren, ist abzulehnen.

Innovationen, die einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten schaffen, sollen durch adäquate Preise abgegolten werden. Im Rahmen eines solidarisch finanzierten sozialen Versicherungssystems müssen die Unternehmen aber Transparenz in Bezug auf ihre Gestehungskosten schaffen. Eine weitere Erhöhung von Intransparenz im Bereich der hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamente ist systemwidrig, nicht nachvollziehbar und deshalb abzulehnen.

Dabei ist zu bedenken, dass auch solche Medikamente im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs für die Preisbildung anderer Arzneimittel beigezogen werden müssen. Eine Förderung der Intransparenz bei der Preisbildung wäre somit auch gegenüber den Unternehmen nicht korrekt, die sich diese Preise dann im Rahmen eines TQV entgegenhalten lassen müssen.

8. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Mit diesem Anliegen sind wir inhaltlich vollständig einverstanden, eigentlich ist dies aber seit Einführung der Spitalfinanzierungsvorlage am 1. Januar 2012 schon so geregelt.

Das aktuelle System wird aber tatsächlich von einigen Kantonen dahingehend missbraucht, dass die Tarife für ausserkantonale Behandlungen tief festgelegt werden, um die Patientenfreizügigkeit zu erschweren.

Mit korrekter Umsetzung der einheitlichen Finanzierung (EFAS) wird dieses Problem gelöst.

9. Elektronische Rechnungsübermittlung

Auch dieser Massnahmen stimmen wir zu, allerdings ist die elektronische Rechnungsübermittlung bereits heute möglich, staatlicher Zwang erscheint uns in diesem Zusammenhang nicht notwendig.

Da ein Recht auf Papierrechnung weiterhin besteht (respektive bestehen bleiben muss) sind hier keine relevanten Einsparungen zu erwarten.

III. Anträge

Im Lichte der vorstehenden Ausführungen stellen wir Ihnen folgende Anträge:

1. Auf eine Verwendung des vorliegenden Pakets als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» ist zu verzichten.
2. Die Massnahmen 1. (Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP), 2. (Erstberatungsstelle), 5. (Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung) und 7. (Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen) sind zu streichen und stattdessen die Gegenvorschläge in der vorliegenden Stellungnahem zur Umsetzung zu bringen.
3. Die Massnahmen 3. (Netzwerke zur koordinierten Versorgung), 4. (Programme der Patientenversorgung) und 6. (Preismodelle und Rückerstattungen) sind im Lichte der Ausführungen in der vorliegenden Stellungnahme anzupassen und so zur Umsetzung zu bringen.
4. Die Massnahmen 8. (Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl) und 9. (Elektronische Rechnungsübermittlung) sind gestützt auf die bestehenden bzw. sich in parlamentarischer Beratung befindenden Regelungen umzusetzen.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Prof. Dr. Robert Leu, Präsident

Felix Schneuwly, Vizepräsident

Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 27 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch besucht werden.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Forum Gesundheit Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : FGS

Adresse : Zytgloggelaube 4, 3011 Bern

Kontaktperson : Bettina Mutter

Telefon : 031 311 65 25

E-Mail : contact@forumgesundheitschweiz.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht ____ **3**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen ____ **6**

Weitere Vorschläge ____ **12**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
FGS	Das Forum Gesundheit Schweiz (FGS) vereint Parlamentarier, Fachleute aus dem Gesundheitswesen sowie Wirtschaftsvertretende und wird von santésuisse, Interpharma, dem Konsumentenforum KF, pharmaSuisse, der FMCH sowie der vips mitgetragen. Wir setzen uns für ein liberales, qualitativ hochstehendes und finanzierbares Gesundheitswesen ein. Erlauben Sie uns einige grundsätzliche Bemerkungen zum Kostendämpfungspaket II. - **Steuerzahler nicht zusätzlich belasten** Der Bundesrat steuert mit der Einführung von Zielvorgaben im Kostendämpfungspaket II auf eine zunehmend etatistisch gelenkte Gesundheitsversorgung zu. Wir betrachten die Vorlage deshalb äusserst kritisch. Eine auf dem KVG basierende Abschaffung der freien Arztwahl ist in der vorgeschlagenen Form inakzeptabel; die Vorgabe von Kostenzielen ist mit einem tarifpartnerschaftlich organisierten Gesundheitssystem nicht vereinbar und würde die Bürokratie aufblähen. - **Regulierter Wettbewerb ist gute Basis** Der Bund stützt sich bei seinen Empfehlungen auf eine Expertengruppe, die internationale Gegebenheiten verglichen hat und daraus Massnahmen für die Schweiz ableitet. Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich teilweise stark von dem der föderalistisch geprägten Schweiz. Die Vorlage zeigt denn auch, wie komplex es wäre, die Zielvorgaben inklusive eines nationalen Kostenziels in den Kantonen und Regionen adäquat umzusetzen, ohne permanent die Zuständigkeiten auf den Staatsebenen anzupassen. Die in der Vorlage präsentierten Massnahmen wirken unausgegoren und erwecken den Eindruck, eine zentrale top-down-Lenkung des Gesundheitswesens sei die heilsbringende Lösung. Wir halten fest: Grundsätzlich stellt der regulierte Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen den tauglichen Rechtsrahmen dar, in welchem Leistungserbringer und Versicherer für die Patienten die erforderliche Betreuung erbringen. Die Vorgabe budgetierter Versorgung passt weder zur schweizweit auf hohem Niveau erfolgenden Versorgung noch zu unserem Grundsatz, dass alle Versicherten guten und möglichst uneingeschränkten Zugang zu den nötigen Behandlungen haben. - **Keine Verstaatlichung** Die beiden Massnahmen Erstberatungsstelle und Zielvorgabe als Grundlage der gesamten Vorlage stellen eine Teilverstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens dar, welche die hohe Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verschlechtern würde. Das FGS lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl in der vorgeschlagenen staatlich definierten Fassung ab; die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und damit alle Versicherten ist in der Schweiz zentral. Sie wird in Umfragen seitens Patientinnen und Patienten immer wieder betont. 2012 wurde eine Einschränkung der freien Arztwahl (Managed Care) zudem vom Stimmvolk mit 76.0% Nein-Stimmen klar verworfen. Alleine die Tatsache, dass heute bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung alternative Versicherungsmodelle nutzen, zeigt,

	dass im bestehenden Gesundheitswesen die Krankenversicherer und Leistungserbringer dazu übergegangen sind, Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz zu koppeln. Dieses System der freiwilligen Einschränkung ist weiter auszubauen. Die freie Arztwahl und die Verschreibungsfreiheit sind als Gerüst für ein Patienten-zentriertes, qualitativ hochstehendes Schweizer Gesundheitswesen zu bewahren. Allerdings soll das Erfolgsmodell von alternativen Versicherungsmodellen weiter gestärkt werden. Dies, indem zum einen die mögliche Rabattspanne ausgebaut wird. Zum anderen ist zu prüfen, ob die heutigen alternativen Versicherungsmodelle (Hausarzt-, Telmed-, u.s.w.) als Standardmodelle etabliert werden können und das volle Leistungsspektrum demzufolge gegen einen Malus erhältlich wäre. - **Keine ausufernde Delegationsnorm** Das Kostendämpfungspaket II verlangt in Art. 32 Abs. 3 eine weitreichende Delegationsnorm. Der Bundesrat könnte ohne Einbezug des Gesetzgebers sämtliche Regeln für die WZW-Überprüfung anpassen. Sie umfasst grundsätzlich alle Leistungen im KVG und gefährdet potenziell die Planbarkeit und Rechtssicherheit. Es ist ausserdem fraglich, ob die Einführung eines solch weitreichenden Prinzips ohne detaillierten Einsatzbereich, welches Auswirkungen auf alle Einwohnerinnen der Schweiz hätte, in der Verordnung verfassungskonform ist. Das FGS lehnt diesen Absatz deshalb in der vorliegenden Form ab und fordert eine genauere Definition der WZW-Überprüfung. - **Massnahmen dürfen zu keinem Qualitätsverlust führen** Es ist zentral, keine kostendämpfenden Massnahmen vorzusehen, welche nicht gleichzeitig systemisch qualitätsfördernd wirken würden. Dieser Grundsatz wird jedoch durch Zielvorgaben und Erstberatungsstelle gefährdet. Diese Massnahmen könnten zu einer Qualitätsminderung und zu Rationierung im Gesundheitswesen führen. Statt neue, steuernde Verwaltungsapparate aufzubauen, ist zunächst an der Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen zu arbeiten und die einheitliche Finanzierung sowie das Prinzip ambulant vor stationär konsequent einzuführen und umzusetzen. Dies wird zeigen, dass viel bereits vorhandenes Effizienzpotenzial ausgeschöpft werden kann – ohne verstaatlichende Zusatz-Regulierung. Um kostendämpfend einzugreifen, anerbietet sich schliesslich die im ersten Massnahmenpaket des Bundes vorgeschlagene Kostensteuerung über die Tarifverträge. Diese entspricht viel stärker dem Grundgedanken der partnerschaftlichen Vorgehensweise. - **Preismodelle, wenn damit der Zugang für Patienten zu Innovation verbessert wird** Die im Kostendämpfungspaket ii vorgeschlagenen **Preismodelle** könnten den Zugang der Patienten zur Innovation verbessern. Das FGS ist bereit, diese einschneidende Massnahme bei der Medikamentenpreisbildung mitzutragen. Voraussetzung ist, dass die Medikamente dadurch viel rascher zum Patienten gelangen. Das FGS fordert deshalb, dass Patient/innen ab dem Tag der Marktzulassung durch Swissmedic Zugang zu medizinischen Durchbrüchen erhalten, statt wie heute teilweise Monate oder gar Jahre auf den Vergütungsentscheid des BAG warten zu müssen. Die Ausnahme vom BGÖ wird während der befristeten Gültigkeit des Preismodells gewährt, um den raschen Zugang zu Arzneimitteln gewähren zu können. - **Kompetenzen-Wirrwarr** Die Frage der tatsächlich bestehenden verschiedenen Kompetenzen im Gesundheitsbereich wird von der Vorlage keinesfalls zufriedenstellend beantwortet. Vielmehr bleibt unklar, wer schlussendlich welche Kompetenz haben würde – zumal mit der Vorlage neue

	Kompetenzen geschaffen würden. Es ist nicht zielführend, solche auch staatspolitisch grundsätzlichen Fragen erst in einer Verordnung klären zu wollen. - **Vage Schätzungen taugen nicht** Erstaunlicherweise bleibt die Vorlage betreffend der angestrebten Kosteneinsparungen, respektive des Kosteneinsparpotenzials sehr vage. Die Angabe weitreichend unbegründeter, geschätzter Zahlen kann nicht als Grundlage für den verlangten Systemwechsel dienen. Grundsätzlich gilt nämlich: Wer Kosten dämpfen will, muss zunächst die bestehenden administrativen Bürden reduzieren. Stattdessen würde diese Vorlage zahlreiche neue – kostenintensive – administrative Belastungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der geplante administrative und personelle Zusatzaufwand, welcher in der Vorlage nur beiläufig ausgeführt ist, bei einer möglichen Kosteneinsparung von mehreren Millionen Franken bzw. möglicherweise einer Milliarde Franken (s. Bericht S. 86) nach Abzug der zur Umsetzung nötigen administrativen und personellen Zusatzkosten einen derart massiven Systemwechsel keinesfalls rechtfertigen würde. - **Fehlanreize bleiben** Weitere aktuelle systemeigene Fehlanreize für Leistungserbringer und Patienten wie beispielsweise mengenbezogene Boni in Spitälern werden durch die Vorlage gar nicht eliminiert. Das zeigt die Fehlkonzeption der Vorlage, die mittels top-down-Prinzip rigide staatliche Ziele vorgibt, statt bottom-up die Akteure im Gesundheitswesen mit den richtigen Anreizen zu befähigen, qualitätsfördernd und kostendämpfend zu agieren. Wir bitten Sie, die Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidfindung aufzunehmen und bedanken uns für den gebührenden Einbezug unserer Argumente und Forderungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
FGS	21			Der Datenschutz von Versicherten ist oberstes Gut. Der Bundesrat muss gewährleisten, dass der Datenschutz jederzeit gewährleistet ist. Es ist wichtig, dass die Daten der Versicherer über aggregierte Kosten nicht nur dem BAG zur Verfügung stehen, sondern in Erweiterung der BFS-Statistiken auch publiziert werden und der Öffentlichkeit in einem datenschutzkonformen Format zugänglich sind. Es muss aber zu Beginn des Artikels grundsätzlich festgehalten werden, wie häufig die Versicherer dem BAG Daten liefern müssen sowie dass das BAG den Zweck der Datenerhebungen vorgängig bekannt gibt. Damit soll verhindert werden, dass die Daten wahllos und auf Vorrat erhoben werden. Eine jährliche Datenerhebung ist ausreichend und vermeidet unnötige Umtriebe bzw. Administrationskosten der Versicherer. Die Weitergabe von Daten pro Person lehnt das FGS ab. Dies gilt insbesondere bei Arzneimitteln, da die Vertraulichkeit von Preismodellen sonst hinfällig würde. In Ergänzung der Kostenbetrachtung ist die Erfassung und Nutzung von Qualitätsdaten zu fördern. Qualitätsdaten sind essentiell in der Beurteilung und Weiterentwicklung fortschrittlicher Gesundheitssysteme.	
FGS	32	3		Art. 32 Abs. 3 ist eine weitreichende Delegationsnorm. Der Bundesrat könnte ohne Einbezug des Gesetzgebers sämtliche Regeln für die WZW-Überprüfung anpassen. Sie umfasst grundsätzlich alle Leistungen im KVG und gefährdet potenziell die Planbarkeit und Rechtssicherheit.	

				Es ist ausserdem fraglich, ob die Einführung eines solch weitreichenden Prinzips ohne detaillierten Einsatzbereich, welches Auswirkungen auf alle Einwohnerinnen der Schweiz hätte, in der Verordnung verfassungskonform ist. Das FGS lehnt diesen Absatz deshalb in der vorliegenden Form ab und fordert eine genauere Definition der WZW-Überprüfung.	
FGS	33	3bis		Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Zudem ist die Zulassung von Leistungserbringern noch Gegenstand der Beratungen im Parlament. Es ist stossend, dass der Bundesrat hier aktiv bestehenden Regulierungsbestrebungen vorgreift. Die Förderung der integrierten Versorgung, die Bildung von regionalen Netzwerken zur koordinierten Versorgung und Programme der Patientenversorgung ist grundsätzlich begrüssenswert. Ärztlich geleitete, strukturierte Programme können aber bereits heute erbracht werden. Eine zusätzliche Regulierung solcher Programme ist deshalb nicht erforderlich.	
FGS	36b			Um Fehlanreize und Überangebot zu vermeiden, sind zwingend Vertragslösungen mit den Krankenversicherern vorzusehen. Nur so können der sinnvolle Einsatz von Netzwerken und die notwendige Kontrolle sichergestellt werden.	
FGS	36b	3	b	«*Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen*»: Dies ist ein massiver Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke. Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein.	
FGS	36b	3	e	Es handelt sich hierbei um eine weitgehende Vorschrift über operationelle Strukturen eines Unternehmens (hier: Arztpraxen/Versorgungsnetzwerke). Zudem ist unklar, welche Führungsinstrumente gemeint sind und welche Daten erhoben werden müssen.	
FGS	40a	1		Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist zentral. Eine obligatorische Erstberatung lehnt das FGS kategorisch ab. Patientinnen und Patienten sollen selber entscheiden, mit welchem Modell sie sich versichern möchten. Allerdings soll das Erfolgsmodell von alternativen Versicherungsmodellen weiter gestärkt werden. Dies, indem zum einen die mögliche Rabattspanne ausgebaut wird. Zum anderen ist zu prüfen, ob die heutigen	

				alternativen Versicherungsmodelle (Hausarzt-, Telmed-, u.s.w.) als Standardmodelle etabliert werden können und das volle Leistungsspektrum demzufolge gegen einen Malus erhältlich wäre. Vor diesem Hintergrund sind die Artikel 40a und b zu streichen.	
FGS	40a	3	c	Es ist unklar, wie die Netzwerke als Erstberatungsstelle fungieren und ob bspw. Auch ein Spezialist innerhalb eines Netzwerkes als erste Anlaufstelle kontaktiert werden kann. Wenn nicht, wäre dies eine massive Schlechterstellung von Spezialisten gegenüber Allgemeinmedizinern.	
FGS	40a	4/5		Es ist unklar, ob Erstberatungsstellen von einem Kanton abgelehnt werden können bzw. mit welcher Begründung. Grundsätzlich wird die Bürokratie mit dieser Massnahme aufgebläht.	
FGS	40a	6		Es ist nicht klar, ob und aufgrund von welchen Kriterien Patientinnen und Patienten von Erstberatungsstellen abgelehnt werden können. Sollte eine Ablehnung möglich sein, würde dies zu einer Patientenselektion führen und ist zwingend abzulehnen.	
FGS	40a	7	a	Die Möglichkeit zum Wechsel muss jederzeit gegeben sein. Es ist nicht klar, welche Kriterien für einen Wechsel der Erstberatungsstelle angebracht werden können. Zudem ist fraglich, ob es in der Kompetenz des Bundesrates liegen kann, solche Kriterien zu definieren.	
FGS	40b	1		Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird: Bei diesem Artikel sind noch viele Punkte offen. Es stellen sich viele Fragen zur Umsetzbarkeit, Haftungsfragen, Inkassofragen, Zusatzkosten, zusätzliche Schnittstellen, etc.	
FGS	40b	2		Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird: Der Leistungserbringer mit dem Patientenkontakt muss entscheiden, ob ein Notfall vorliegt oder nicht. Ansonsten werden dieselben Diskussionen geführt, wie schon bei den Kantonen mit Listen säumiger Prämienzahler.	
FGS	40b	3		Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird: Auch hier stellt sich die Frage der Umsetzbarkeit.	

FGS	40c	1/2		Es gibt keinerlei Angaben über die Höhe einer solchen Pauschale. Es ist zudem höchst fragwürdig, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Diese Massnahme würden die Bestrebungen nach Kostensenkungen direkt unterlaufen. Das FGS fordert, dass die Pauschale durch die Tarifpartner festgelegt werden soll. Zudem legen die Tarifpartner fest, welche Leistungen mit der Pauschale abgedeckt wären. Der Bundesrat wäre nur in einer subsidiären Rolle. Eine Pauschale für nicht erbrachte Leistungen ist abzulehnen.	
FGS	40c	3		Es ist unklar, von welchen Erfahrungswerten ausgegangen wird. Dies ist ein wichtiger Parameter für die Berechnung der zukünftigen Kosten; es ist fahrlässig, eine Regulierung voranzutreiben, ohne diesbezüglich eine Zahl bzw. eine Bandbreite anzugeben.	
FGS	40c	4		Es ist nicht Sache des Bundesrates, einen unabhängigen Leistungskatalog zu definieren. Die Massnahme widerspricht jeglichem Grundsatz «Geld für Arbeit» bzw. «Vergütung nach Leistung	
FGS	41 - 42			Dies ist eine massive Einschränkung der freien Arztwahl. Das FGS lehnt diese Massnahme klar ab. Der Bundesrat greift zudem der laufenden Behandlung des Kostendämpfungspaketes 1 vor. Das angedachte System wäre komplizierter als heute und würde somit einen Papiertiger sondergleichen verursachen.	
FGS	42	2-3		Die Massnahmen der elektronischen Rechnungsübermittlung und die technologische Weiterentwicklung der Versichertenkarte sind zu begrüssen. Diese Schritte zur Nutzung der Digitalisierung ermöglichen Effizienzgewinne und wirken damit kostensparend. Art. 42 Abs. 3 KVG fordert bereits heute, dass der Patient eine Kopie der Rechnung erhält. Die Problematik liegt unseres Erachtens nicht in der Form, sondern bei der fehlenden Umsetzung der Leistungserbringer.	

				Der Begriff «elektronisch» kann sehr weit ausgelegt werden. Wir empfehlen den Begriff «digital» zu verwenden. Wir sehen es als absolute Notwendigkeit, dass jeder Patient über Rechnungsstellungen die ihn betreffen informiert ist und die Details dazu sichten kann. Nach Möglichkeit in einer für ihn verständlichen Form. Die Erweiterung des Artikels auf die kostenlose Zustellung unterstützen wir.	
FGS	52b			Die Einführung von Preismodellen ist zu unterstützen, wenn sie zu einem schnelleren Zugang der Patienten zu neuen und innovativen Arzneimitteln führen. Im KVG ist sicherzustellen, dass Preismodelle den rechtsgleichen und breiten Zugang zu qualitativ hochstehenden, nachhaltig finanzierten Medikamenten und zum wissenschaftlichen und medizinische Fortschritt unterstützen. Der Zugang der Schweizer Patienten zu innovativen Medikamenten in der OKP ist heute aufgrund deren stark verzögerter Aufnahme in die Spezialitätenliste eingeschränkt. Das FGS fordert, dass die Patienten in der OKP Zugang vom Tag 0 der Swissmedic-Zulassung erhalten. Vergütungsmodelle, wie sie im KP2 vorgeschlagen werden, ermöglichen dazu eine rasche zeitlich befristete Aufnahme. Das SL-Aufnahmeverfahren ist für Innovationen parallel zum Swissmedic-Aufnahmeverfahren zu führen und an die wissenschaftlichen und technologischen Fortschritte anzupassen. Zudem ist der Prozess zur Vergütung von Impfstoffen zu komplex und verhindert den beschleunigten Zugang zu wichtigen Innovationen für die Prävention. Mit der raschen zeitlich befristeten SL-Aufnahmen kann die Vergütungen im Einzelfall nach Art. 71a-d KVV auf echte Einzelfälle reduziert werden.	
FGS	52c			Die Ausnahme vom BGÖ wird während der befristeten Gültigkeit des Preismodells gewährt, um den raschen Zugang zu Arzneimitteln gewähren zu können.	
FGS	54			Wir lehnen verbindliche Kostenziele klar ab. Diese können potenziell zu Qualitätseinbussen und damit wiederum zu einem Kostenanstieg führen. Zudem will der Bund verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken) -> sehr unübersichtlich	

				Ausserdem sollen mit der Festlegung von Kostenzielen gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden: Das würde zu einer Vermischung von Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Partner führen. Ausserdem sind die beschriebenen Fristen und Folgen kaum in der Realität umsetzbar bzw. können zu einer Fehlsteuerung führen, je nach Entwicklung der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Schweiz und in einzelnen Kantonen.	
FGS	54	e		Es ist unklar, welche Kompetenz eine solche Eidgenössische Kommission für Kostenziele haben sollte: Nebst Kantonen, EDI, Bundesrat, Tarifpartnern sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission wäre diese Kommission nur ein weiterer administrativer Auswuchs. Dies kann unter keinen Umständen zielführend sein.	
	14		E-IVG	Das FGS begrüsst grundsätzlich Änderungen in der Invalidenversicherung, die die Vergütung von Arzneimitteln besser regeln und die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen. Dabei ist der Zweck der IVG zur Eingliederung und für einen Beitrag zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten voll zu respektieren. Der schnelle Patientenzugang zu Behandlungen ist bei Geburtsgebrechen besonders wichtig. Auch hier lehnt das FGS Art. 32 Abs. 3 E-KVG in der vorliegenden Form ab und fordert eine genauere Definition der WZW-Überprüfung.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Forum Managed Care / Zugerstr. 193 / 6314 Neuägeri
Bundesamt für Gesundheit
Frau Anne Lévy, Direktorin

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Neuägeri, 18. November 2020

Stellungnahme des fmc zum Vorentwurf des EDI vom 19.8.2020 zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur erwähnten KVG-Revision Stellung nehmen zu können. Als unabhängiger Schweizer Thinktank setzt sich das fmc das Ziel, durch Publikationen und Veranstaltungen einen Wissens- und Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und dadurch zur Verbesserung der integrierten, qualitativ hochstehenden, patientenorientierten und effizienten Versorgung beizutragen.

In diesem Sinne äussern wir uns nicht zu allen Massnahmen des Kostendämpfungspakets 2, sondern beschränken uns auf die drei Massnahmen Erstberatungsstelle (EBS), Netzwerke der koordinierten Versorgung (NKV), Patientenprogramme (PP). Wir verzichten auch darauf, jeden einzelnen Artikel des Entwurfs zu kommentieren und beschränken uns auf eine allgemeine, zusammenfassende Diskussion der Massnahmen.

Vorausgehende Bemerkung: Wir bedauern es, dass insbesondere die NKV und PP Teil eines Kostendämpfungspakets sind. Wir befürchten, dass die beiden Massnahmen dadurch nicht entsprechend gewürdigt, sondern als Teil der Vorlage gesamthaft zurückgewiesen werden. Auch besteht die Gefahr, dass der einseitige Blick auf die Kosten, Fragen der Qualität zu wenig berücksichtigt. Bei allen Massnahmen gilt es immer die Versorgungsqualität sowie Chancen- und Zugangsgerechtigkeit zu gewährleisten.

Grundsätzliche Position zu den Massnahmen Erstberatungsstelle (EBS), Netzwerke der koordinierten Versorgung (NKV), Patientenprogramme (PP)

Das fmc begrüsst das übergeordnete Ziel der drei Massnahmen die **integrierte Versorgung** zu fördern. Die Vorschläge enthalten zudem verschiedene Elemente für welche sich der fmc ausspricht. Wir sind überzeugt, dass eine pauschalierte Vergütung (siehe fmc Denkstoff Nr. 3), wie vorgesehen in den NKV und den PP, die interprofessionelle Verantwortung und Zusammenarbeit fördert und Möglichkeiten schafft, relevante Leistungen (Koordination, Prävention, Patienten-informationen, usw.) zu delegieren und v.a. finanziell zu entschädigen. Die NKV und PP bieten die Chance, dass sich ärztliche sowie nicht ärztliche Leistungserbringer und Gesundheitsfachpersonen zu professionellen Netzwerken zusammenschliessen um hierdurch eine koordinierte und qualitativ hochstehende ganzheitliche Versorgung sicherzustellen (siehe fmc Denkstoff Nr. 5). Es ist zudem davon auszugehen, dass durch diese Art der interprofessionellen Zusammenarbeit und Vergütung, die Einführung von unterstützendenden digitalen Gesundheitsanwendungen begünstigt wird.

Damit sich diese Versorgungskonzepte erfolgreich entwickeln können, müssen sie jedoch von Beginn an **interprofessionell** ausgerichtet sein. Es ist nicht sinnvoll, dass die vorgeschlagenen Massnahmen nur unter ärztlicher Leitung umgesetzt werden können. Der Förderung und Entwicklung der Interprofessionalität in den letzten Jahren wird mit dieser Auflage nicht Rechnung getragen.

Neben dieser grundsätzlichen Ansicht vertritt das fmc folgende Positionen zu den einzelnen Massnahmen:

Erstberatungsstelle (EBS)

- Die bisherigen alternativen Versicherungsmodelle belegen, dass eine gesteuerte Erstberatung (Gatekeeping) sinnvoll für die koordinierte Versorgung ist.
- Ein Obligatorium für eine Erstberatungsstelle wird aber abgelehnt.
- Anstelle eines verpflichtenden Gatekeepings für alle durch die Erstberatungsstelle schlagen wir vor, die bisherigen partnerschaftlich entwickelten, alternativen Versicherungsmodelle (AVM) als Standardversicherungsmodell festzulegen. Gegen eine höhere Prämie, oder auch eine andere Form der Kostenbeteiligung soll die freie Arztwahl in der OKP weiterhin möglich sein.

Netzwerke der koordinierenden Versorgung (NKV)

- Die Einführung der NKV als 14. Leistungsbringer(gruppe) (Artikel 35 Absatz 2 KVG) wird begrüsst, da sie zur Förderung und Finanzierung der gewünschten koordinativen, interprofessionellen Versorgung beitragen kann. Die bisherigen Leistungserbringer sollen aber weiterhin uneingeschränkt ihre Leistungen anbieten können und niemand zur Teilnahme einer NKV verpflichtet werden.
- Der mit der Zulassung verbundene Tarifvertragsbeitritt sowie die Vergütung durch einen Verbandstarifvertrag werden aber abgelehnt.

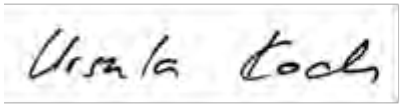
- Bei der Zulassung und Anerkennung eines NKVs gilt es die Qualität der koordinierten Versorgung zu definieren und zu gewährleisten. Mit der Zulassung darf daher nicht automatisch ein Beitritt zu einem Tarifvertrag einhergehen (Kontrahierungszwang). Der Qualitäts- und Kostenwettbewerb, in dem sich heute Leistungserbringer und Krankenversicherer befinden, soll gewährt werden. Damit ein Kontrahierungsanreiz besteht sollte Art. 41 Abs. 4 KVG dahingehend angepasst werden, dass NKVs auch ohne die Prämisse einer kostengünstigeren Versorgung, von den Versicherern ausgewählt und in AVM Produkten noch Art. 62 Abs 1 und 3 angeboten werden können.
- Die im Entwurf aufgeführten 7 Zulassungsvoraussetzungen beschreiben nur eine minimale Struktur der NKV. Je nach Versorgungsstruktur und Region werden die NKVs ganz unterschiedliche Leistungserbringer integrieren. Es ist davon auszugehen, dass ein einheitlicher Verbandstarifvertrag die entstehende Leistungsvielfalt nicht adäquat abbilden kann. Es sind daher, wie bisher in den AVM, individuelle Methoden zur Leistungspauschalierung zu definieren, damit sich ein auf die unterschiedlichen Patientenbedürfnisse angepasstes, differenziertes Angebot der NKVs entwickeln kann.

Patientenprogramme (PP)

- Grundsätzlich werden Patientenprogramme, i.S. von strukturierten, koordinierten Disease oder Chronic Care Management Programmen als sinnvoll betrachtet. Im erläuternden Bericht wird darauf hingewiesen, dass innerhalb des Programmes nicht-ärztliche Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen. Dies begrüssen wir ausdrücklich, falls diese auch entsprechend vergütet werden.
- Die aktuelle Vorlage führt jedoch zu wenig aus, was unter Patientenprogrammen zu verstehen ist und wie die konkrete Entwicklung und Umsetzung der Patientenprogramm zu erfolgen hat.
- Durch den seit 2020 bestehenden morbiditätsorientierten Risikoausgleich auf Basis der Pharmaceutical Cost Groups (PCG) haben sich in den letzten Jahren bereits eine Vielzahl von Disease Management und Chronic Care Programmen entwickelt. Durch die Vertragspartnerschaft zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern konnten diese sukzessive weiterentwickelt und den medizinischen Entwicklungen angepasst werden. Es ist zu befürchten, dass die vorgesehene staatliche Leistungsdefinition und Programmgenehmigung nicht die gleiche Dynamik und Innovationskraft entfalten werden.
- Die bisherigen Programme sind derzeit fast nur im Rahmen von AVM- oder VVG-Produkten umsetzbar und daher in ihrer Entwicklung und der gezielten Einbindung der relevanten Zielgruppen (chronisch kranken) Patienten eingeschränkt. Wir schlagen deshalb für die Krankenversicherer erweiterte Möglichkeiten vor, damit diese einerseits Betroffene einfacher identifizieren und finanzielle Anreize zur Beteiligung schaffen können. Andererseits sollen Organisationen, welche solche Programme anbieten finanziell für ihre Leistung vergütet werden können (nicht nur im Rahmen der AVM- und VVG-Produkte).

Das fmc spricht sich dafür aus, dass heutige System mit den positiven Elementen der Vorlage sukzessive weiterzuentwickeln und den Akteuren genügend Handlungsspielraum zu lassen, diese zu erproben und die Auswirkungen zu evaluieren.

Freundliche Grüsse
fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung



Ursula Koch
Präsidentin

Oliver Strehle
Geschäftsführer

Fredi Rosenblum

Sehr geehrter Herr BR Berset

Danke für Ihre Idee, dass zuerst der Hausarzt konsultiert werden muss. Der sieht rasch, was los ist und kann helfen. Es müsste auch ein Riegel geschoben werden, dass nicht wegen Bagatellen eine Zweit- und Drittmeinung eingeholt wird.

Eine weitere Idee die mir schon einige Male als freiwilliger sozialer Mitarbeiter gekommen ist: Ich höre immer wieder, wie Sozialabhängige und Asylbewerber sagen: "ich hab noch einen Termin" - dabei gehen sie wegen einer leichten Erkältung etc.zum Arzt und präsentieren die Rechnung dem Sozialabmt. Wie wäe es, wenn die Franchise von allen selber bezahlt werden müssten?

Freundliche Grüsse und danke für Ihre Arbeit

Fredi Rosenblum

Betreff: Re: Geser Susanna; Neuer Vorschlag, Telemedizin und Hausarztmodell

Guten Tag

Das Ganze tönt so kompliziert und nach Gesetzen. Ich bin kein Jurist, nur ein normaler Bürger, der Änderungen als dringend notwenig ansieht!!
Die Mahlen der Schweiz mahlen langsam und das mit viel zuviel Bedaechtigung.
Diese Gesetzesänderungen müssen schnell erfolgen. Zeit haben wir weder fuer den Klimaschutz noch für soziale Fragen...
Noch funktionierts, Kompromisse und Bürger in diesem Land sind politisch nicht sehr motiviert; das ist auch
zu begreifen, denn die Gesetze sind so kompliziert aufgesetzt, dass es dafuer Juristen braucht.
Zwischen den Zeilen zu lesen ist nicht jedermann s Sache!!
Natuerlich bin ich einverstanden, das meineStellungnahme in derVernehmlassung auftaucht!!!

Sagen Sie Herr Berset, dass er von den Schweizerbuergern oder hier Ansaessigen verlangt, die Maske in allen geschlossenen Raeumen anzuziehen und das schweizweit!!!!!
Ich habe schon soviel gehoert, dass auch an der Grenze keine Kontrollen gemacht werden.
Was die Idioten von Rebellion gegen Maskenpflicht hoffe ich nur, sie werden nicht an diesem schrecklichen Covid erkranken!
Schoene Tag FG
Susanna Geser Biel

Envoyé de mon iPhone

Objet : Neuer Vorschlag, Telemedizin und Hausarztmodell

Guten Tag Herr Berset

ja Herr Berset, die Kosten eindämmen, die sollte man zuerst bei den hohen Lohnkosten der Spezialisten und vielleicht noch beim Pflegepersonal (obwohl die Grosses leisten).

Jede 2. Krankenschwester und bald jeder Spezialist kommt aus dem EG Raum..
und wir verhandeln, anstatt Leute hier in der Schweiz auszubilden.

Hausaerzte gibt es fast keine mehr und die Ausbildung fuer Pflegepersonal wird immer schwieriger.

Aber wir dürfen immer höhere Prämien bezahlen und müssen bald nur noch mit ausländischem Personal Vorlieb nehmen, wo die Ausbildung total anders verläuft..
.Aber die Schweiz hat kein Geld unsere Leute auszubilden,also rekrutiert man vom Ausland und jetzt: Jetzt wird uns Telemedizin und Hausarztmodell vorgeschlagen;

nurHausaerzte gibts keine mehr und im der Telemedizin gibt es nur fast Aerzte vom Ausland, die noch keine Erlaubnis zur Ausführung ihresBerufes erhalten haben.

Ich errinnere mich noch sehr gut in Genf als ich einen Arzt benoetigte, ein emigrierter Franzose wollte unbedingt in Genf eine Praxis eröffnen.
Raten Sie mal warum!

In Basel lernte ich einen tschechischen Arzt kennen, der bei der Telemedizin arbeitete, auch er wartete auf die Arbeitserlaubnis!
Wachen Sie auf Herr Berset, das Gesundheitssystem in der CH hat dringend eine Totalrevision nötig!
FG
Susanna Geser
Goldgrubenweg 24
2504 Biel

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : GFCH

Adresse : Wankdorfallee 5, 3014 Bern

Kontaktperson : Catherine Favre Kruit, Mitglied der Geschäftsleitung / Leiterin Einheit Öffentlichkeitsarbeit

Telefon : 021 345 15 44

E-Mail : catherine.favre@promotionsante.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ 6

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Gesundheitsförderung Schweiz bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen.
	Die Strategie und Aktivitäten der Stiftung sind auf die nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten («NCD-Strategie») ausgelegt. Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[1][2][3]

[1] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[2] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[3] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[4] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[5] Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden kann.[6] Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[7], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur

[4] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[5] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

[6] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

[7] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

	Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventionsprogramme).	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Interessengemeinschaft eHealth

Abkürzung der Firma / Organisation : IG eHealth

Adresse : c/o Köhler, Stüdeli & Partner GmbH

Kontaktperson : Walter Stüdeli

Telefon : 031 560 00 24

E-Mail : walter.stuedeli@ig-ehealth.ch

Datum : 18.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 8

Weitere Vorschläge 10

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 11

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
IG eHealth	Die IG eHealth ist der einzige Fachverband mit Expertise in den Bereichen Gesundheitspolitik, Organisation, ICT, Semantik und Technik. Wir unterstützen die digitale Transformation im Gesundheitswesen in der Schweiz proaktiv, damit Qualitäts- und Sicherheitslücken in der Behandlung verhindert und administrative Prozesse verbessert werden. Wir haben das 2. Massnahmenpaket bezüglich zwei Kriterien begutachtet: Verbesserung der Gesundheitsversorgung (höhere Effizienz und/oder tieferer Preis) und eHealth-Readiness. Das Massnahmenpaket hat zwei Inhalte: primär kostensenkende Massnahmen wie die Erstberatungsstelle, die Kostenziele und Rückvergütungen bei Arzneimitteln sowie Massnahmen, welche eine bessere Versorgung anvisieren, z.B. die Netzwerke. Aus Sicht der IG eHealth können die Ziele der Kostensenkung und Effizienzverbesserungen mit den vorgeschlagenen Massnahmen allerdings nicht erreicht werden. Wir erlauben uns, ausgewählte Massnahmen zu kommentieren, verzichten aber aufgrund unserer generellen Vorbehalte auf eine Bewertung der einzelnen Gesetzesartikel. Für die IG eHealth ist nicht ersichtlich, inwiefern die Kernpunkte des Nationaler Berichts zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen mit dem Titel «Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens» vom 25. Juni 2019, den die Autoren Charles Vincent & Anthony Staines im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit» verfasst haben, in das 2. Massnahmenpaket eingeflossen ist. Namentlich wäre es sehr wichtig, konkrete Umsetzungsvorschläge zu zwei Motionen zur Medikation zu überweisen, welche effektive Qualitätsverbesserungen und Kostensenkungen bringen: - Motion Hans Stöckli «Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit» (18.3512) - Motion Hans Stöckli «Erhöhung der Arzneimittelsicherheit in der Pädiatrie. Medikationsfehler durch E-Health reduzieren» (19.4119) Aus Sicht der IG eHealth wäre es sinnvoll, die Motionen zur Medikation zu bündeln und zeitnah umzusetzen. Es ist unverständlich, dass für die Motion «Recht auf einen Medikationsplan» eineinhalb Jahre nach der Verabschiedung durchs Parlament noch kein Umsetzungsvorschlag vorliegt, obwohl es sich um eine hochrelevanten Qualitätsthema handelt. Es ist ein Digitalisierungsthema, das als «Quick Win» einzustufen ist. Die elektronische Rechnungsübermittlung ist der einzige Punkt, der direkt die digitale Transformation im Gesundheitswesen betrifft. Das ist als verpasste Chance zu betrachten. Die Förderung von digitalen Instrumenten kann einen wichtigen Beitrag zur Behandlungsqualität und zur Kostensenkung leisten. Aus diesem Grund schlagen wir vor, dass das EDI den Massnahmenplan für die digitale Transformation im Gesundheitswesen ins 2. Massnahmenpaket aufnimmt ,den es im Rahmen der Legislaturziele verabschieden muss.

	Einen entsprechenden Auftrag hat das Bundesparlament dem Bundesrat im Rahmen der Legislaturplanung 2019 bis 2020 kürzlich erteilt. Prioritär sollten aus Sicht der IG eHealth die folgenden Massnahmen umgesetzt werden: 1. Erarbeitung einer klaren Strategie der digitalen Transformation des Gesundheitswesens (inkl. der Finanzierung), die zusammen mit den betroffenen Stakeholdern und nicht Top-Down entwickelt wird 2. Förderung von Standards zur Sicherstellung der Interoperabilität 3. Förderung patientenzentrierter Ansätze und Lösungen inklusive Befähigung der Patientinnen und Patienten 4. Verpflichtung aller Leistungserbringer/ Gesundheitsfachpersonen zu elektronischer Dokumentation aller Daten in strukturierter Form 5. Federführung digitale Transformation beim EDI/BAG, enge Kooperation mit Fachverbänden im Gesundheitswesen Die Prioritäten stammen aus einer Umfrage, welche die IG eHealth bei Gesundheitsverbänden im September/Oktober 2020 durchgeführt hat. Eine entsprechende Prioritätenliste wurde auch für die Revision des ePatientendossiers gemacht und kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden. Die zentrale Aufgabe, die zu lösen ist, lautet: Wie kann der Nutzen von aggregierten Patientendaten und den Datenschutz in Einklang gebracht werden, ohne die Patient*innen abzuschrecken. Die bereits in Silos bestehenden Gesundheitsdaten besser zu nutzen, wird einen wesentlichen Beitrag zu einer besseren Versorgung leisten. Der Rückstand der Schweiz bei der digitalen Transformation ist beträchtlich. Aus diesem Grund empfehlen wir, der «Verabschiedung eines Massnahmenplans zur Umsetzung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen» eine hohe Priorität einzuräumen und in das 2. Massnahmenpaket aufzunehmen.
IG eHealth	**Kostenziele: Ablehnung** Nicht das Sparen per se soll das Ziel der Gesundheitspolitik sein, sondern eine effiziente Leistungserbringung. Aufgrund der demographischen Entwicklung erscheint es kaum möglich, Kostensenkungsziele zu definieren. Die jährliche Festlegung eines nationales Gesamtkostenziels sowie kantonaler Kostenziele für den ambulanten und den stationären Bereich wäre mit beträchtlichem Aufwand verbunden. Kostenziele entsprechen de facto einem Globalbudget. Diese führen nicht zu einer besseren Versorgung, im Gegenteil droht eine Rationierung der Leistungen. Die Schaffung einer eidgenössischen Kommission für Kostenziele erachtet die IG eHealth als unnötig. Erstens gibt es bestehende Kommissionen (Qualitätskommission, ELGK), welche die Leistungen gegebenenfalls übertragen werden könnten. Zweitens sind die Zuständigkeiten und Aufgaben der bestehenden Kommissionen bereits heute nicht trennscharf und der Koordinationsbedarf würde mit jeder weiteren Kommission steigen. Fraglich ist auch, weshalb die Kommission für Kostenziele einzig den Bundesrat und nicht auch die Kantone berät. Der Vorschlag, wonach die Tarifpartner die Tarife gegen unten anpassen müssen, wenn die Kosten das Globalbudget überschreiten, dürfte gegen

	das Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung verstossen. Eine Tarifanpassung ist kaum rechtmässig, wenn das Kostenziel zu tief angesetzt ist oder wenn aus bestimmten Gründen, z.B. das unerwartete Auftreten einer teuren Krankheit, das Budget nicht eingehalten werden kann. Die Tarife müssen einzig dann angepasst werden, wenn die Leistungserbringung nicht wirtschaftlich erfolgt.
IG eHealth	**Erstberatungsstelle: Ablehnung** Die IG eHealth erachtet eine Erstberatungsstelle als eine gute Massnahme, lehnt aber den Umsetzungsvorschlag ab. Nicht das Gesetz soll vorschrieben, wer die Aufgabe der Erstanlaufstelle zu übernehmen hat. Im Gegenteil sollen die Patient*innen in Kenntnis der unterschiedlichen Grundversicherungs-Prämien entscheiden, wem sie diese Aufgabe übertragen wollen, sei es Ärzt*innen, Pharmazeut*innen oder Advanced Practice Nurses. Diese Modelle bestehen bereits heute in den alternativen Versicherungsmodellen AVM. Bereits 70 Prozent aller grundversicherten Personen haben sich für ein alternatives Versicherungsmodell ausgesprochen. Ein Systemwechsel für 30 Prozent aller Personen, der gleichzeitig keine Wahl lässt, welche Gesundheitsfachperson die Erstberatung übernehmen soll, ist abzulehnen. Nicht nachvollziehbar und kostentreibend ist die Vorgabe, wonach zwingend eine Hausärztin oder ein Hausarzt die Erstberatung übernehmen muss. Es sind Modelle vorzusehen, bei denen die Erstberatung und die Erstbehandlung von Fachpersonen wie Apotheker*innen oder Advanced Practice Nurses übernommen werden können. Die einseitige Abstützung auf Hausärzte verkennt den Nutzen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Vom bundesrätlichen Konzept her soll eine Erstanlaufstelle gleichzeitig die Grundversorgung der Patient*innen übernehmen. Ist ein Hausarzt nicht bereit, die Funktion der Erstanlaufstelle zu übernehmen, so wird für dessen Patient*innen de facto der Kontrahierungszwang aufgehoben. Diese Form der indirekten Aufhebung des Kontrahierungszwangs lehnt die IG eHealth ab. Ist das Budget eines Leistungserbringers aufgebraucht, so muss ein Patient entweder mit der Behandlung zuwarten oder einen anderen Leistungserbringer finden, der noch freie Mittel für Behandlungen zur Verfügung hat. Namentlich in der Grundversorgung, bei der die Beziehungsqualität wichtig ist, erachten wir eine Aufteilung auf mehrere Leistungserbringer nicht als sinnvoll. Unklar ist auch die Definition einer normalen Behandlung und des Notfalls. Wie wird mit Patienten umgegangen, welche sich die freie Arztwahl «erschleichen», indem sie stets einen Notfall vortäuschen? Es kann dem medizinischen Laien kaum nachgewiesen werden, dass ein Notfall nur simuliert worden ist. Auch unklar ist, wie ein Patient die Erstberatungsstelle wechseln kann. Zu vermuten ist auch, dass die Pauschaltarife der Erstberatung gegen das Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung verstossen. Es werden ökonomische Zwänge geschaffen, möglichst wenig Zeit für die Erstberatung einzusetzen, was dem Outcome eher schaden dürfte.
IG Health	**Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Ablehnung mit Vorbehalt** Die IG eHealth begrüsst die Bildung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In Netzwerken kann sich der Nutzen digitaler Daten rascher durchsetzen. Netzwerke verwenden eine zentrale, elektronische Krankengeschichte. Sie können Daten der eigenen Patienten für

	Versorgungsforschung nutzen und so dank den eigenen Daten bessere Leistungen erbringen. Kritisch erachten wir die nationale Pauschalisierung von Leistungen. Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den Freiheiten, individuelle Verträge mit Versicherungen abzuschliessen. Diese Freiheiten werden mit dem Vorschlag unnötig eingeschränkt. Folge könnte sein, dass weniger Mittel für Qualitätszirkel zur Verfügung stehen und dass weniger Mittel für Innovationen zur Verfügung stehen.
IG eHealth	**Programme der Patientenversorgung: Zustimmung mit Vorbehalt** Programme der Patientenversorgung bieten die Möglichkeit, die interprofessionellen Fähigkeiten der jeweiligen Fachrichtungen besser einzusetzen. Die IG eHealth begrüsst es, dass auch nicht-ärztliche Gesundheitfachpersonen Programmleistungen federführend erbringen können. Wir würden aber eine allgemeinere Formulierung vorziehen, die neben Apotheker*innen weitere Medizinalpersonen wie Chiropraktor*innen und Gesundheitsfachpersonen wie Advanced Practice Nurses einschliessen. KVG Artikel 33 spricht von Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen erbracht werden dürfen. Im Artikel 25 werden auch eigenständige Leistungen von Apotheker*innen genannt. Aus Sicht der IG eHealth ist vorgängig festzulegen, welche Gesundheitsfachperson die Leitung und entsprechend die Verantwortung für eine Programmleistung übernimmt. Auch muss eine Pflicht geschaffen werden, dass alle Leistungen von Patientenprogrammen elektronisch festzuhalten sind und von allen am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen real time einsehbar sind
IG eHealth	**Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung: Ablehnung** Die IG eHealth sieht aktuell keine Notwendigkeit, KVG Artikel 32 anzupassen. Seit der Einführung des KVG bleib der Artikel nahezu toter Buchstabe, was vom Parlament geduldet wurde. Kurz vor der Einführung von KVG Art. 58 Qualität und Wirtschaftlichkeit ist es nicht nötig, das Gesetz anzupassen, zumal der Bundesrat die genannten Kompetenzen bereits mit dem geltenden Artikel hat. Die Versicherer und die Leistungserbringer werden ab Mitte 2021 im Rahmen der Qualitätsmessungen und der Qualitätsverbesserungen Programme durchführen, die den WZW-Vorgaben gemäss Art. 32 weitgehend entsprechen. Es ist aus diesem Grund weder nötig, noch ersichtlich, weshalb der Bundesrat 24 Jahre nach der Einführung des KVG Art. 32 revidieren will, wenn mit der Einführung des revidierten Qualitätsartikels ab 2021 WZW-Messungen durchgeführt werden. Einzig eine Koordination der Arbeiten von Artikel 58 mit Artikel 32 könnten sinnvoll sein.
IG eHealth	**Preismodelle und Rückerstattungen / Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen: Ablehnung mit Vorbehalt** Aus Sicht der IG eHealth ist es nicht möglich, den Gesetzesvorschlag für Preismodelle und Rückerstattungen fachlich zu kommentieren. Gemäss

	Erläuterungen des BAG sollen Preismodelle mit Rückerstattungen auf den Preis, auf das Umsatzvolumen oder aufgrund der (fehlenden) Wirkung festgelegt werden. Dies wird aber aus dem Gesetzesvorschlag nicht ersichtlich, da dieser eine weitgehende Delegationsnorm an den Bundesrat schafft. Im Grundsatz begrüsst die IG eHealth neue Preisbildungsmodelle bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten. Der Artikel soll dazu beitragen, dass die Patient*innen rasch Zugang zu innovativen Arzneimitteln haben. Die Delegationsnorm ist aber sehr weitgehend. Aus Sicht der IG eHealth wären Präzisierungen über Inhalte und Umfang der delegierten Materia auf Gesetzesebene nötig. Es ist zentral, auf Stufe Gesetz zwei Preisbildungsmechanismen vorzusehen. Eines für tiefpreisige Arzneimittel und eines für innovative, patentgeschätzte, höherpreisige Arzneimittel. Das heutige System der wiederkehrenden Preissenkungsrunden hat dazu geführt, dass die Margen bei tiefpreisigen Arzneimitteln zu tief sind. Verschwinden tiefpreisige Arzneimittel vom Markt, dann müssen sie durch höherpreisige Produkte ersetzt werden. Problematisch ist auch, dass aufgrund der tiefen SL-Preise bestehende ausländische Zulassungen nicht mehr auf dem Schweizer Markt zugelassen werden, obwohl ein vereinfachtes Zulassungsverfahren möglich wäre.
IG eHealth	**Elektronische Rechnungsübermittlung: Zustimmung** Die IG eHealth stimmt dem Vorschlag zu, weist aber darauf hin, dass die elektronische Rechnungsstellung schon heute Standard ist. Insofern braucht es weder ein Obligatorium, noch ist eine kostensenkende Wirkung zu erwarten. Statt den Fokus auf die elektronische Rechnungsübermittlung zu legen sollte die Verpflichtung geschaffen werden, alle Daten elektronisch zu erfassen und zu übermitteln.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**

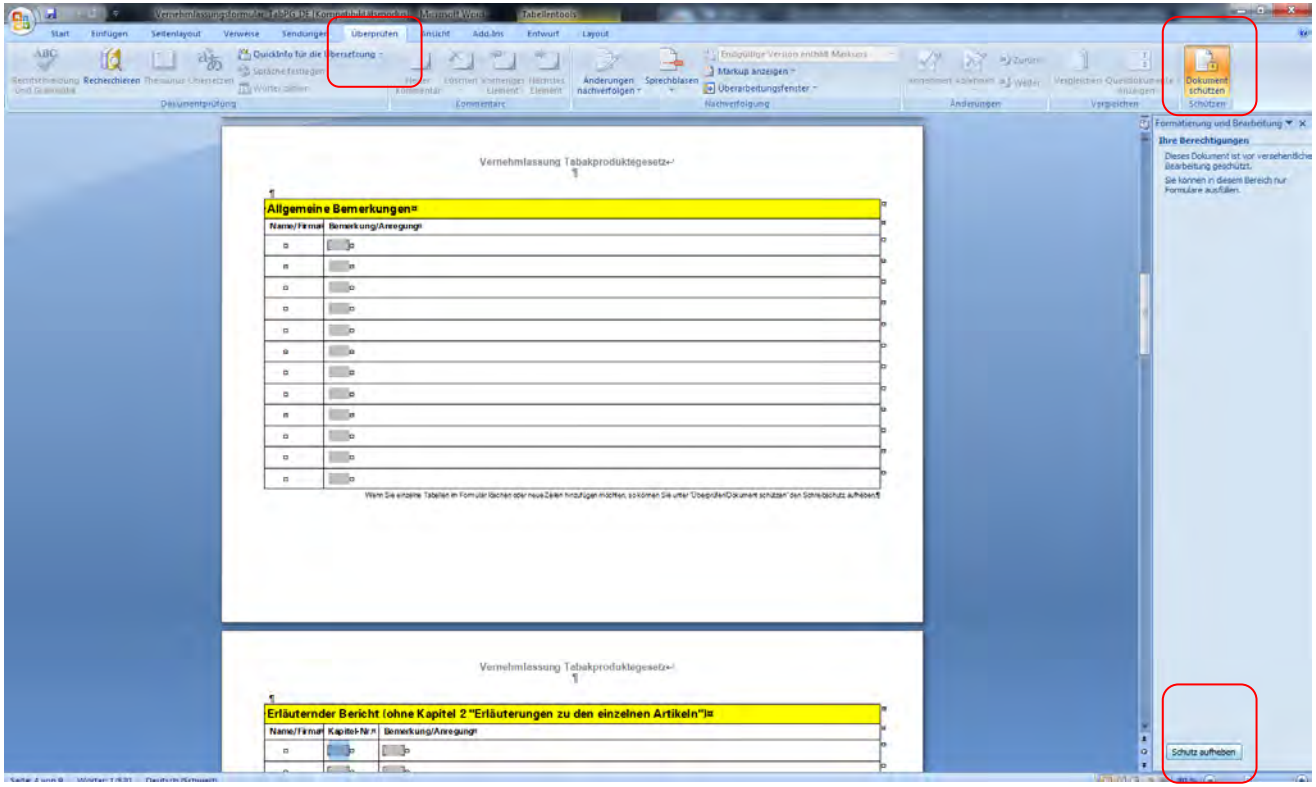
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

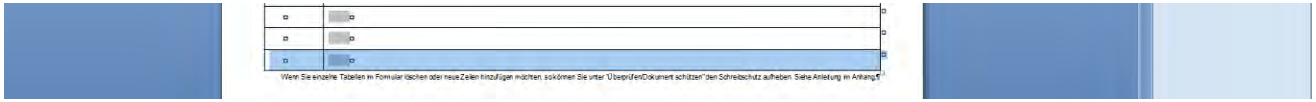
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



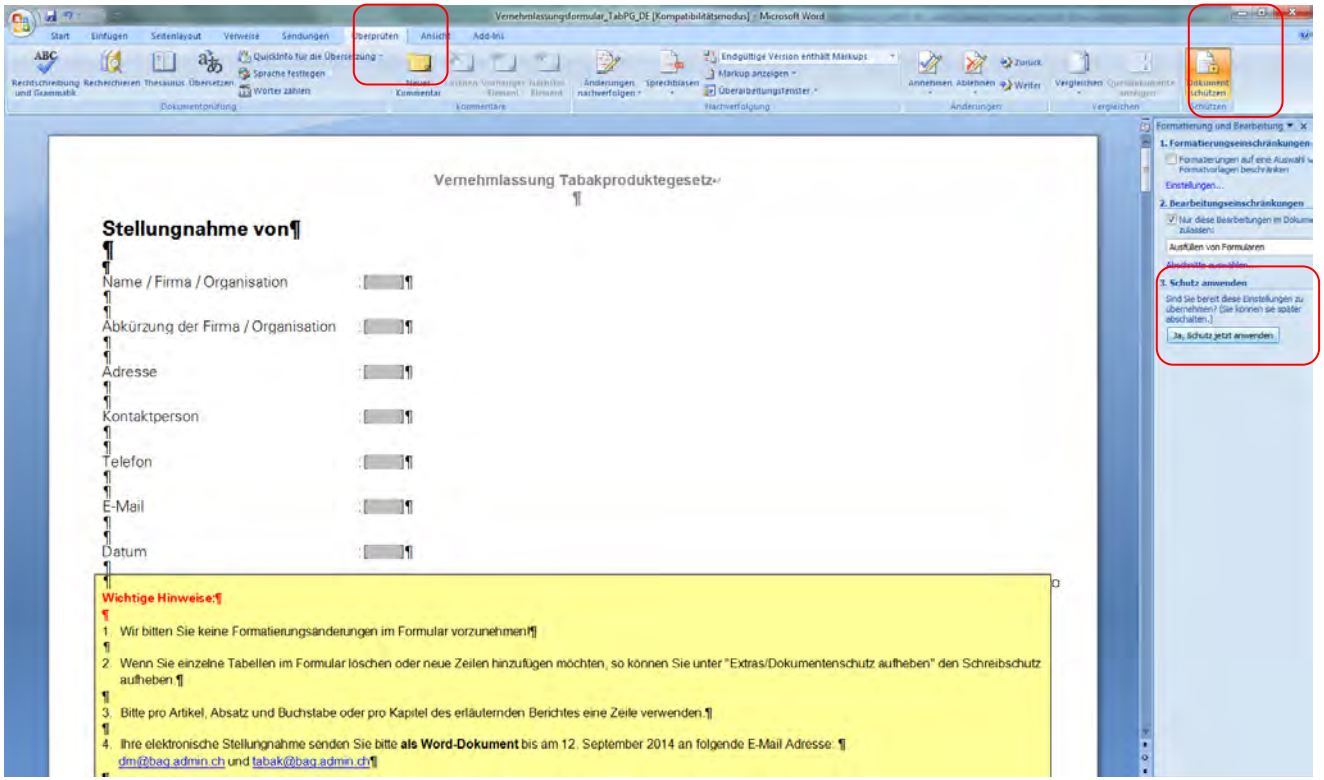
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: MediData AG
Abkürzung der Firma / Organisation	:
Adresse	: Platz 6
Kontaktperson	: Robert Meyer
Telefon	: 041 368 23 30
E-Mail	: robert.meyer@medidata.ch
Datum	: 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 7

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 8

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	42	2 3ter		**Entwurf:** …Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform... **Bemerkung MediData:** Wir begrüssen, dass die versicherte Person eine Rechnung verlangen kann. Hingegen begrüssen wir den Entwurf im Sinne nicht, dass die Papierform gesetzlich vorgeschrieben werden soll. Schon heute ist die elektronische Übermittlung von Rechnungen an Patienten möglich. **Das Gesetz darf darum kein Medium bevorzugen resp. zwingend vorschreiben.**	Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in elektronischer oder Papierform.
	42	2-3ter		**Entwurf:** …Der Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen… **Bemerkung MediData:** Die Schweiz kennt ein bestens etabliertes Standardisierungsgemium: Das **Forum-Datenaustausch** standardisiert seit Jahren erfolgreich die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen und insbesondere die elektronische Leistungsabrechnung. Im Forum Datenaustausch sind zudem alle grossen Verbände (u.a. FMH, santésuisse, H+ usw.) vertreten. Link: www.forum-datenaustausch.ch	keine Änderung notwendig
	42	2-3ter		**Entwurf:** …Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.	Der im Entwurf vorgeschlagene Satz kann darum ersatzlos gestrichen werden.

				Bemerkung MediData: Die Parteien haben sich im Rahmen der Standardisierung unter der Verantwortung des Forum Datenaustausch geeinigt. Link: www.forum-datenausch.ch.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

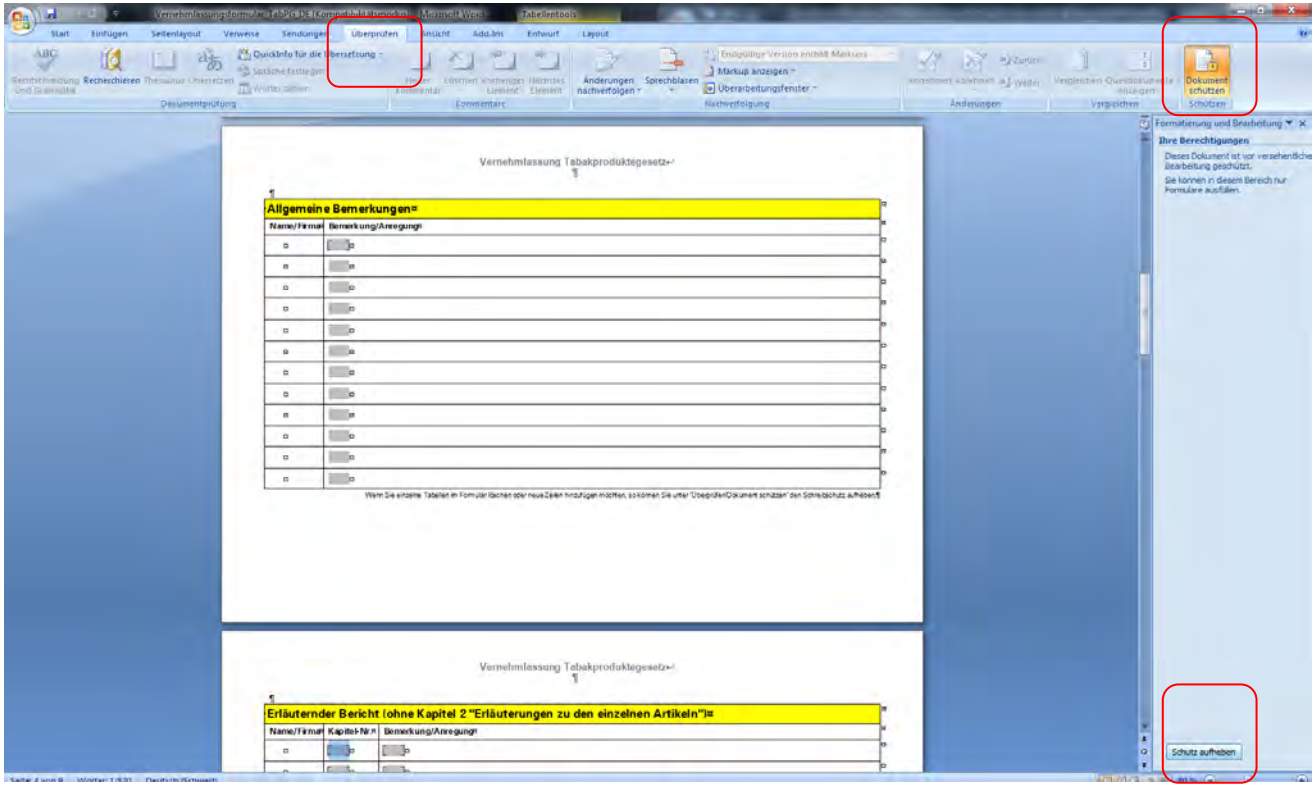
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

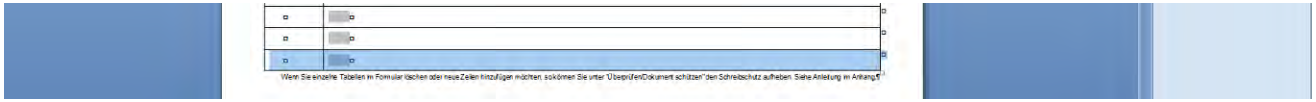
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



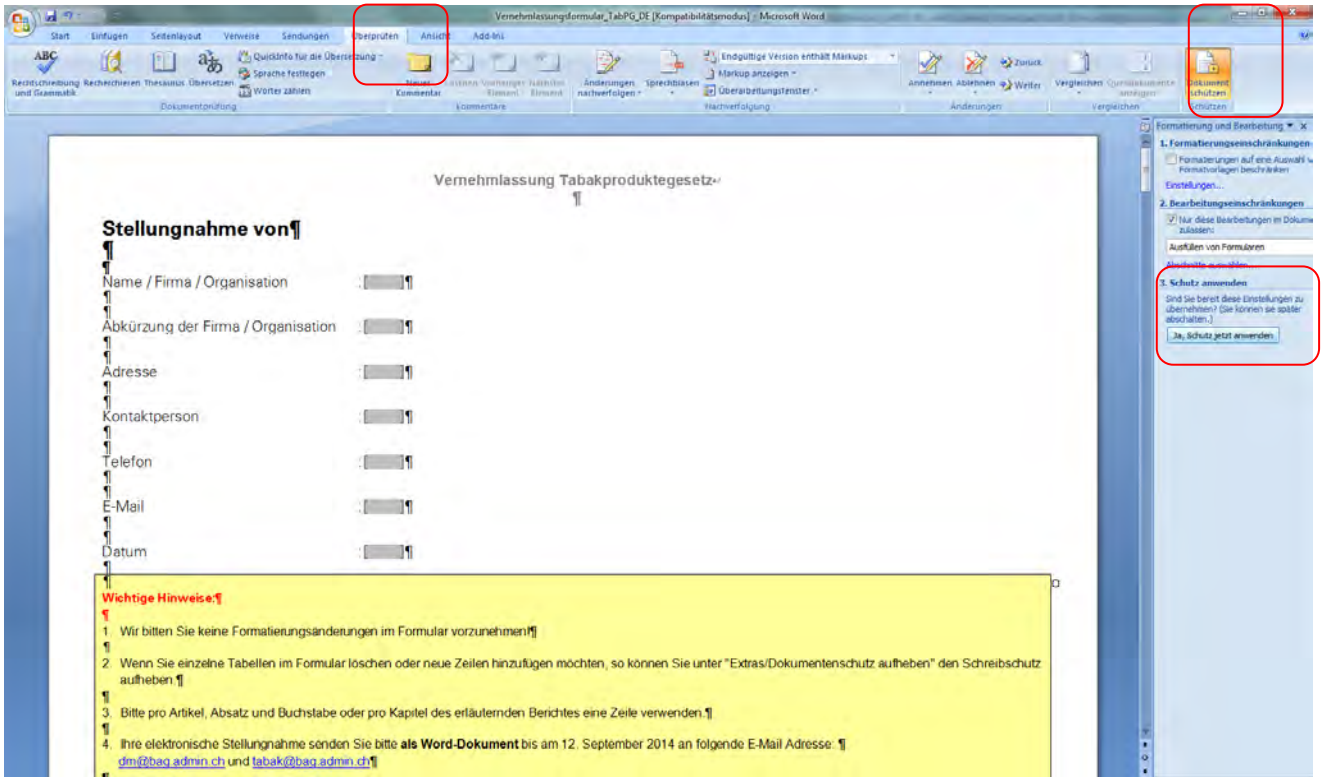
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	:	Michael Brandenberger
Abkürzung der Firma / Organisation	:	
Adresse	:	Alemannenweg 3, 8800 Thalwil
Kontaktperson	:	
Telefon	:	043 388 51 11
E-Mail	:	michael.brandenberger@blattgold.ch
Datum	:	9.9.20

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____8

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Die Vorlage ist ein Albtraum und bewirkt mE genau das Gegenteil dessen, was sie vorgibt zu tun.
	Es macht absolut keinen Sinn, an der bestehenden Situation herumzuschrauben und herumzudoktren. Das Krankenkassensystem wie es jetzt besteht ist unbrauchbar.
	Es braucht einen klaren Schnitt und eine mutige neue Lösung.
	Meines Erachtens die beste Lösung ist die Aufhebung des KK-Obligatoriums. Dies würde die Gesundheits-Kosten rasant zusammenfallen lassen. Die Leute würden wieder vermehrt Verantwortung für sich selbst übernehmen und nicht mit jedem Wehwehchen zum Arzt oder ins Spital rennen. Diese Institutionen wären entlastet.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
				Gesamte Vorlage streichen	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

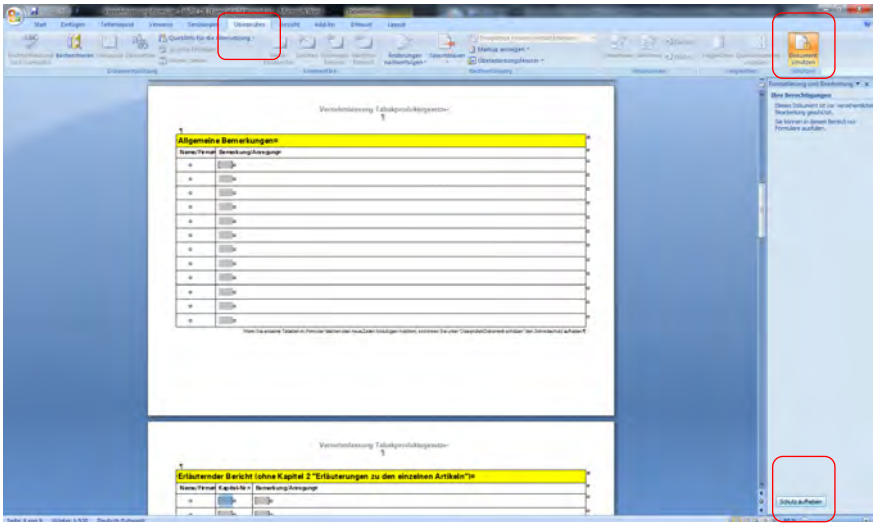
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
		Der Bund muss endlich den Mut aufbringen :	
		1. klar zu definieren, dass er nicht für die Gesundheit der Bürger verantwortlich ist, sondern dass dies Sache jedes Einzelne ist	
		2. aufzuhören, der Gesundheits-Lobby hörig zu sein	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

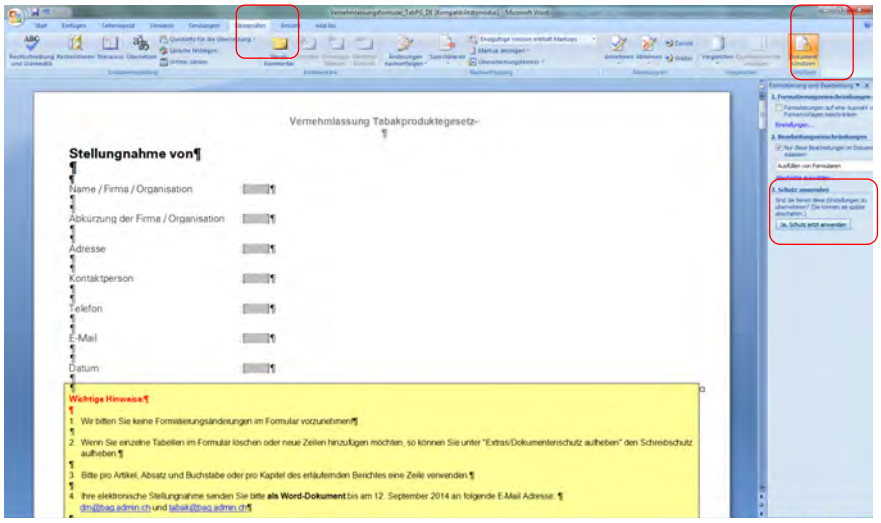


2 Zeilen einfügen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen

3 Dokumentschutz wieder aktivieren



Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Medizinaltarif-Kommission UVG

Abkürzung der Firma / Organisation : MTK

Adresse : Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern

Kontaktperson : Luigi Frisullo

Telefon : 041 419 57 39

E-Mail : office@mtk-ctm.ch

Datum : 16.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail-Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 8

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 10

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.MTK	Die Medizinaltarif-Kommission UVG hat den erläuternden Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» mit Interesse zur Kenntnis genommen und auf die Bedürfnisse im Bereich der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (UV/MV/IV) geprüft. Sie kommt in den Teilbereichen des Massnahmenpakets zu folgenden Schlüssen: **Erstberatungsstelle Gesundheit: Keine Stellungnahme, weil** a) zu wenige konkrete Infos zur Umsetzung b) kein Mehrwert für das UVG, wenn Einführung im KVG **Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung** Es ist zu befürchten, dass neue Leistungserbringergruppen zu Mehrkosten führen. **Programme der Patientenversorgung** Die Förderung von Programmen der Patientenversorgung unterstützt die MTK im Grundsatz. Die Verantwortung zur Festlegung der Anforderungen der Patientenprogramme soll wie heute den Vertragspartnern überlassen werden. **Festlegung der Kostenziele und Korrekturmassnahmen: Keine Stellungnahme** Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung keine Relevanz für das UVG. **Spezialitätenliste (SL)** Eine einheitliche, transparente Grundlage zur Preisbildung wäre wünschenswert. Es ist darauf zu achten, dass die Preisbildung in der SL auch Auswirkungen auf die stationären Tarifstrukturen hat. Das Mengengerüst (Volumina) der SL ist im UV-Bereich eher bescheiden.

	Elektronische Rechnungsstellung und Versichertenkarte Die MTK unterstützt die Verstärkung von Informations- und Kommunikationstechnologien in der OKP, welche die Qualität der Informationen sichern und den Verwaltungsaufwand reduzieren. Eine Rechnungs- respektive Dokumentenübermittlung muss elektronisch standardisiert erfolgen. **Referenztarife:** **Keine Stellungnahme**, weil im UVG nationale Tarife mit Vertragsspitälern verhandelt werden.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden					

werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle					

konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

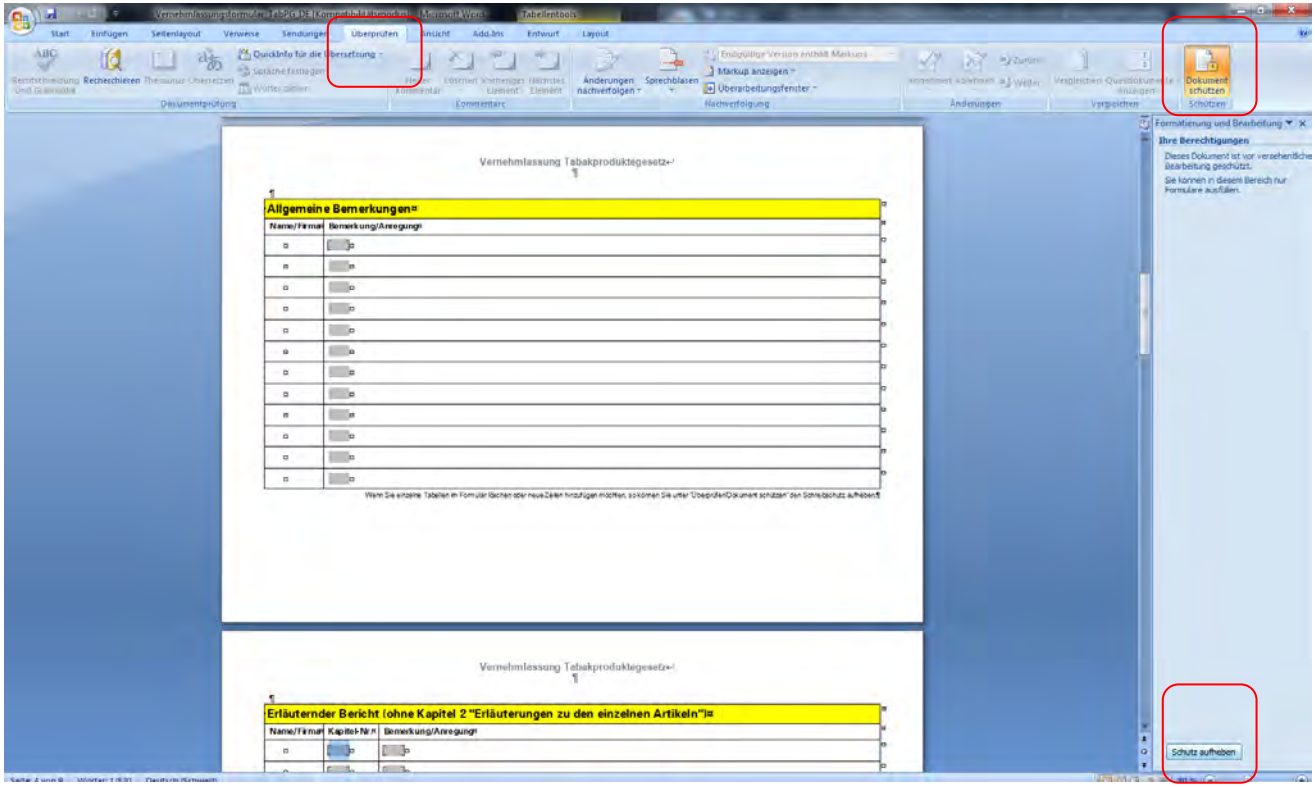
Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

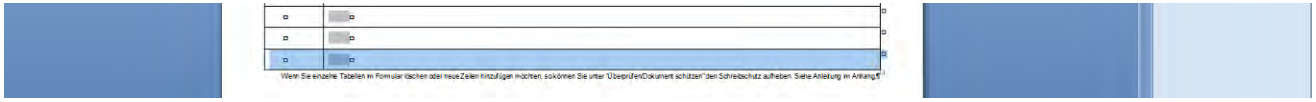
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



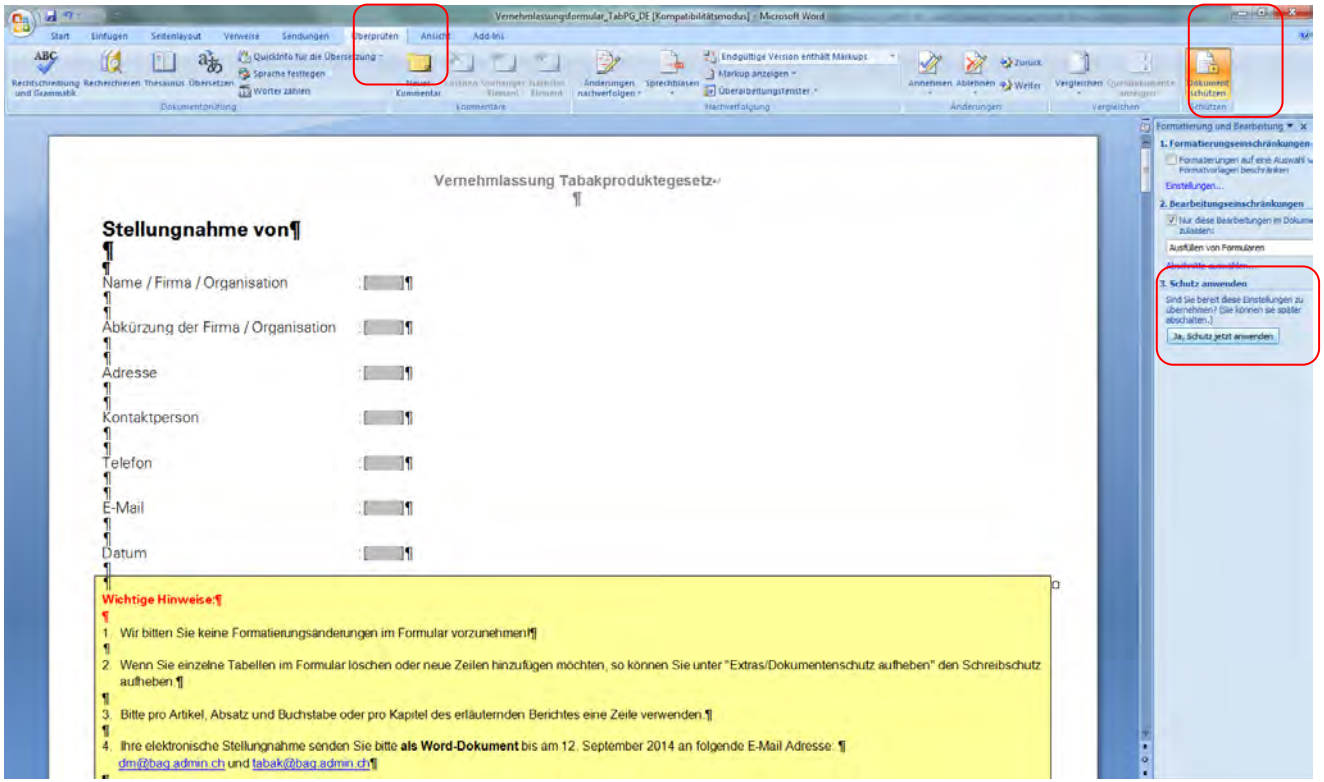
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



Öffentlichkeitsgesetz.ch
Geschäftsstelle
Dammweg 9
CH-3001 Bern
031 330 15 61

Versand per E-Mail

Eidgenössisches Departement
des Innern EDI

CH-3003 Bern

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) - Gegenvorschlag «Kostenbremse-Initiative»

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum oben rubrizierten Geschäft Stellung nehmen zu können. Der Verein Öffentlichkeitsgesetz.ch, in dem Medienschaffende aus der Deutsch- und der Westschweiz organisiert sind, setzt sich für die konsequente Umsetzung der schweizerischen Öffentlichkeitsgesetze ein. Wir erachten den ungehinderten Zugang zu amtlichen Informationen als wichtiges Gut einer freien Gesellschaft. Namentlich für Medienschaffende hat sich das Öffentlichkeitsprinzip seit seiner Einführung beim Bund 2006 sowie in den meisten Kantonen ab 1998 zu einem wichtigen Arbeitsinstrument entwickelt.

Wir erlauben uns, im Folgenden auf die Aspekte der Informationsfreiheit und Transparenz in der zur Diskussion stehenden Vorlage einzugehen.

Der Bundesrat sieht in Artikel 52c VE-KVG vor, das Öffentlichkeitsprinzip teils ausser Kraft zu setzen. Konkret soll das Öffentlichkeitsgesetz nicht mehr gelten, wenn es um die Vereinbarung vom Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen geht. Der Bundesrat spricht von «unumgänglichen» Restriktionen zu Ungunsten der Transparenz. Er argumentiert, der Markt sei nicht bereit, hier Transparenz zuzulassen. Es sei nötig, den effektiven Preis, der für ein

Arzneimittel bezahlt werden muss, geheim zu halten. Nur so profitiere die Bevölkerung von einem schnellen Zugang zu neuen innovativen Therapien.

Der Bundesrat argumentiert, dass sich heute mithilfe des Öffentlichkeitsgesetzes nicht nur eine für die Gesundheitspolitik im Land engagierte Öffentlichkeit, sondern auch Konkurrenten Informationen beschaffen und sich so einen privaten Vorteil verschaffen würden.

Der Bundesrat reagiert mit dieser Transparenz-Einschränkung auf Urteile des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts. Diese haben in der Vergangenheit klargestellt, dass sich Unternehmen, welche mit der Öffentlichkeit Geschäfte abschliessen, eine erhöhte Transparenz gefallen lassen müssen.

Mit der vorgeschlagenen Ausnahmebestimmung schwächt der Bundesrat das Prinzip der grundsätzlichen Verwaltungstransparenz empfindlich. Mit seinem Vorschlag stellt er das Resultat eines in jahrelangen Diskussionen um Verwaltungstransparenz erlangten politischen Konsens zur Disposition.

Wird das Öffentlichkeitsprinzip von Fall zu Fall und je nach Interessen beschnitten, wird dieses in Zukunft Zielscheibe von Lobbyisten und Interessensvertretern sein. Das Ziel des Öffentlichkeitprinzips – das Vertrauen von Bürgerinnen und Bürgern zu gewinnen – wäre akut gefährdet. Der Vorschlag wertet zudem die inzwischen gut etablierte Rechtspraxis auf nationaler Ebene, aber auch auf der Ebene des Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte ab.

Der Bundesrat schlägt eine Beschneidung der Informationsrechte vor, obwohl die im Öffentlichkeitsgesetz vorhandenen Ausnahmebestimmungen vollends genügen, um der Transparenz übergeordnete Interessen zu schützen. Eine gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist auch mit den heute geltenden Transparenzregeln sicherzustellen.

Zugangsgesuchsstellern, denen es offensichtlich um die Ausforschung der Konkurrenz geht, lässt sich im Rahmen einer Abwägung von öffentlichen beziehungsweise privaten Interessen ein Riegel schieben. Im Zentrum des Öffentlichkeitsprinzips steht die Möglichkeit von Bürgerinnen und Bürgern, sich dank Verwaltungsinformationen an relevanten öffentlichen Diskussionen und Debatten zu beteiligen. Dies hat der europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Strassburg in

einem Leiturteil festgestellt und dabei auch festgehalten, dass eigennützige Privatinteressenten nicht auf diese Rechte abstützen können. [1]

Berücksichtigt werden muss zudem, dass Medikamentenpreise zu einem grossen Teil aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Folglich setzt sich die Weltgesundheitsorganisation WHO auch für eine stärkere Transparenz in den Verfahren der Preisfestsetzung ein. Die Schweiz unterstützt dieses Anliegen offiziell. Eine Aushöhlung des Öffenlichkeitsprinzips im Bereich der Medikamentenpreise würde diesem offiziellen internationalen Bemühungen der Schweiz um Transparenz in Preisfestsetzungverfahren zuwiderlaufen.

Es ist wichtig, dass die Öffentlichkeit auch in Zukunft nachvollziehen kann, wie Medikamentenpreise zu Stande kommen. Es ist zentral, dass sich die Regierung für den Grundsatz der Transparenz staatlichen Handelns einsetzt. Gerade bei Arzneimittelpreisen ist Transparenz wichtig. Es darf nicht sein, dass sich der Staat zum Komplizen in einem intransparenten Preispoker macht.

Aus den obengenannten Gründen bitten wir Sie, die in Artikel 52c VE-KVG vorgesehenen Transparenz-Ausnahmebestimmungen zu streichen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Martin Stoll	Titus Plattner	Hansjürg Zumstein
Geschäftsführer	Co-Präsident	Co-Präsident

[1] EGMR, Urteil i.S. Magyar Helsinki Bizottság gegen Ungarn, Application no. 18030/11, vom 8. November 2016

Association PRISM
c/o Fidial
Rue Adrien-Lachenal 20
1207 Genève
www.prism-ge.ch
jean-francois.balavoine@prism-ge.ch

Office Fédéral de la Santé Publique- OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Genève, le 19 novembre 2020

Concerne : Réponse à la consultation de l'OFSP « Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet »

Chère Madame Lévy, Madame, Monsieur,

Comme vous le savez, les progrès scientifiques, socio-économiques et technologiques contribuent à l'augmentation de l'espérance de vie et donc au vieillissement de la population. Même si la majorité d'entre elle est en bonne santé, la surveillance épidémiologique met en évidence une prévalence augmentée des maladies chroniques, voire de plusieurs maladies chroniques concomitantes (multimorbidité), ce qui met le système de santé sous pression.

Conscient de ces enjeux, le Département Fédéral de l'Intérieur (DFI) a récemment formulé la Stratégie 2020-2030 qui encourage la coordination des soins. Par ailleurs, le DFI promeut la collaboration interprofessionnelle, notamment pour les patients âgés et multimorbides.

C'est dans ce sens que notre Association PRISM – Promotion des réseaux intégrés de soins aux malades, œuvre depuis plus de dix ans. En tant qu'organisme sans but lucratif, avec un mandat public visant à améliorer la prise en charge des patients complexes, PRISM travaille avec ses partenaires à mettre en œuvre la prise charge en équipe des **patients multimorbides** et **complexes.** Ces patients présentent des **caractéristiques bio-psycho-sociales** et **environnementales** qui ne peuvent être prises en charge que par une **intelligence collective spécifique**, et non par une application stricte des données probantes.

Cette prise en charge se caractérise par des processus de coordination récurrents impliquant le patient et une équipe. Dans notre contexte suisse de fragmentation des soins, cela signifie que les **équipes** autour des patients complexes sont :

- **spécifiques :** chaque équipe est composée de manière à répondre spécifiquement aux besoins de ce patient ; par exemple, une équipe d'un patient complexe peut inclure son médecin traitant actif dans un cabinet de groupe privé, un infirmier à domicile d'une institution publique, un physiothérapeute indépendant, un pharmacien de quartier et un médecin spécialiste travaillant dans un hôpital universitaire.
- **interprofessionnelles :** elles bénéficient des expertises des individus qui les composent et les mettent en commun pour parvenir à une prise de décisions partagée ;
- **interinstitutionnelles** : elles bénéficient du soutien des différentes institutions dont chacun des professionnels est issu.

Les futures conditions-cadres doivent faciliter ce type de prise en charge ; l'actuelle révision de la LAMal va dans ce sens et nous la saluons globalement.

Toutefois nous souhaitons commenter les mesures « Réseaux de soins coordonnés » et « Programmes de prise en charge des patients ».

1. Réseaux de soins coordonnés

La gestion en équipe interprofessionnelle concerne le « **cercle primaire** » spécifique autour d'un patient, par exemple un médecin avec une infirmière à domicile et leur patient.

Le « **cercle de coopération** » est composé par des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, sollicités de manière ponctuelle, mais sans rôle de coordination, tout en s'insérant harmonieusement dans le processus décisionnel du « cercle primaire ».

Le **« réseau de soins coordonnés** » occupe le niveau supérieur dans le système de santé ; Ce niveau supérieur n'est pas celui de la gestion au quotidien du patient, donc de l'équipe interprofessionnelle, mais celui de la structure qui abrite les différentes équipes gravitant autour de leurs patients.

La gestion en **« équipe interprofessionnelle/cercle primaire** » est un ensemble de processus permettant une collaboration coordonnée et d'avoir, avec le patient, une prise de décision commune, de partager ses priorités et les évaluations de sa santé, de décider d'objectifs de prise en charge et de se répartir les tâches nécessaires à leurs réalisations. La composition d'une équipe interprofessionnelle est spécifique à la situation et aux besoins du patient et est, dès lors, **variable**.

Pour soutenir les « **équipes interprofessionnelles/cercle primaire** » et le « **réseau de soins coordonnés** » qui les abritent, nous pensons que la modification de la LAMal doit contenir les éléments suivants :

- Renforcer la légitimité des membres du cercle primaire à élaborer et suivre un plan de soins spécifique au patient.
- Renforcer la légitimité de ces membres face à leur institution respective.

- Renforcer la légitimité de ces membres face aux professionnels du cercle de coopération.
- Renforcer les institutions de soins pour l'ajustement des éléments processuels, contractuels et financiers permettant la mise en oeuvre du cercle primaire et sa collaboration avec le cercle de coopération.

2. Programmes de prise en charge des patients

Les programmes de **« disease management »** structurés sur la base des données probantes sont pertinents pour des patients présentant des problèmes de santé uniques (monomorbidité) : un itinéraire clinique est **protocolé** et propose des interventions basées sur les preuves (EBM) et accompagné d'une série d'indicateurs **standardisés** pour permettre l'évaluation tant quantitative que qualitative.

Pour des patients multimorbides, présentant également des problématiques **psycho-sociales** et **environnementales**, impactant sur leur santé, une approche de type « disease management » n'est pas possible. En effet ces patients devraient cumuler une multitude d'interventions, issues de différents protocoles de prise en charge, rendant leur mise en oeuvre laborieuse. Par ailleurs le cumul de protocoles de prise en charge peut même devenir inadéquat ou contre-indiqué chez un patient multimorbide. Pour ce type de patient dit **complexe** une prise en charge « sur-mesure » est nécessaire, comme décrit dans les programmes stucturés de « case/care management ».

Les patients avec **besoins complexes** bénéficient d'une prise en charge structurée qui cumule les qualités suivantes :

- spécifique au patient et à ses différents besoins/ priorités, chaque prise en charge devenant unique et « sur-mesure » pour un patient précis ;
- incorpore les dimensions **bio-psycho-sociales** et **environnementales** ;
- implique le patient, les proches-aidant et les professionnels pour la description des problèmes, l'élaboration d'objectifs de prise en charge et le suivi ;
- intègre des processus de coordination interprofessionnels impliquant le patient ;
- évaluée sur la matrice **d'indicateur spécifique** de la prise en charge : **processus** de prise en charge en équipe, indicateur de **résultats** sur les objectifs spécifique de la prise en charge et de la **satisfaction** du patient et des professionnels.

Conditions-cadres pour faciliter la prise en charge de type « case/care management »

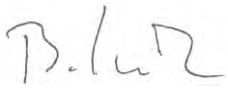
Ces programmes spécifiques doivent pouvoir impliquer une équipe d'individus de différentes professions et de différentes institutions, en fonction des besoins du patient. Les **contrats** entre institutions doivent faciliter ces équipes spécifiques. L'absence de contrat ne doit pas empêcher ce travail en équipe.

Les **rôles de ces différents professionnels** dans le programme doivent être déterminés en fonction des caractéristiques des individus qui composent les équipes (leadership situationnel), et non pas de manière rigide. Le cadre juridique doit clarifier les responsabilités individuelles et collectives, tout en facilitant l'autonomie des équipes.

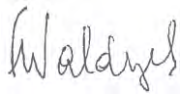
A terme, le **financement** de ces programmes doit être forfaitaire et ajusté au risque pour encourager la prise en charge. Pour cela, des pilotes doivent être menés afin d'élaborer les instruments nécessaires permettant de caractériser différentes catégories de patients pour différents forfaits. Par ailleurs, la répartition des forfaits entre des professionnels de différentes institutions reste à clarifier.

Vous trouverez en annexe des propositions spécifiques aux modifications de la LAMal.

En restant à votre disposition pour partager les expériences et les réflexions que nous menons depuis plusieurs années, nous vous prions de recevoir, Chère Madame Lévy, Madame, Monsieur, l'expression de nos cordiales salutations.



Professeur hon
Jean-François Balavoine
Président de PRISM



Professeur hon
Francis Waldvogel
Vice-Président de PRISM

Professeur hon
Jean-Michel Gaspoz
Professeur émérite à la Faculté de médecine de l'Université de Genève & Membre du Comité de PRISM

Docteur
Philippe Schaller
Membre du Comité de PRISM et Fondateur du Réseau DELTA & Groupe Arsanté, Genève

Docteur
Nicolas Perone
Association PRISM
Centre Médical de Lancy, GE

Madame
Séverine Schusselé Filliettaz
Association PRISM

Annexe : ment.

Copies :

- M. Mauro Poggia, Conseiller d'Etat chargé du Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES), Rue de l'Hôtel-de-Ville 14, Case postale 3952, 1211 Genève 3
- Dr Michel Matter, Président de l'Association des Médecins de Genève (AMG), Rue Micheli-du-Crest 12, 1205 Genève
- M. Bertrand Levrat, Directeur général des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève

Avis donné par

Nom / société / organisation	: Association PRISM – Promotion des réseaux intégrés de soins aux malades
Abréviation de la société / de l'organisation	: PRISM
Adresse	: c/o Fidial, Rue Adrien-Lachenal 20, 1207 Genève
Personne de référence	: Prof Jean-François Balavoine, Président
Téléphone	: 079 559 38 24
Courriel	: jean-francois.balavoine@prism-ge.ch
Date	: 19.11.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **4**

Autres propositions ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
	Nous saluons la très claire volonté de renforcer globalement la coordination des soins, en particulier des pratiques interprofessionnelles et interinstitutionnelles, tout au long de la chaîne de soins
	Nous soutenons les approches globales choisies, en particulier les « Réseaux de soins coordonnés – M10 » et les « Programmes de prise en charge des patients – M10 »
	Nous encourageons le législateur à compléter les bases légales par des projets pilotes de manière à ce que les forfaits envisagés dans les différents modèles puissent être étayés et puissent correspondre à une variété de patients (patients en bonne santé générale, patients fragiles, patients avec besoins complexes, etc.)
	Nous encourageons le législateur à différencier le niveau macroscopique (interinstitutionnel) et le niveau microscopique (interprofessionnel) dans ses propositions financières. En effet, la mise en œuvre des forfaits interinstitutionnels (ex. entre un réseau et une assurance), diffère de la valorisation financière de l'interprofessionnalité entre des individus (ex: un patient, un médecin membre d'un réseau de médecin, un infirmier d'une institution de soins à domicile publique, et un physiothérapeute indépendant).

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
PRISM	36b	3	e	*Réseaux* *« 3. Les conditions d'admission portent sur:* *e. les instruments de gestion, qui doivent fournir toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique des prestations et pour établir la tarification ; »* Il faut éviter de retomber dans une tarification des prestations en tant qu'actes isolés économiquement valables, mais valoriser les processus interprofessionnels pour la cohérence qu'ils apportent (ex : Tables rondes interprofessionnelles[1]). Commentaires de PRISM : Remplacer « économique » par un adjectif en lien avec l'effectivité, en plus de l'efficacité et de l'efficience[2], de manière à permettre l'utilisation d'indicateurs de processus et de satisfaction des utilisateurs (patients et professionnels), et pas uniquement d'indicateurs financiers.	
PRISM	36b	3	f & g	*Réseaux* *« 3. Les conditions d'admission portent sur:* *f. la gestion sous forme électronique du dossier médical du patient;* *g. l'affiliation à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de*	

[1] Giger, Marc-André, Elvira Häusler, Melanie Sander, et Daniel Staffelbach. « Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés ». Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés » de l'Office fédéral de la santé publique. Berne (Suisse): Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), mars 2018. www.bag.admin.ch.

[2] Cf. Eggli, Yves, Patricia Halfon, Anne Decollogny, et Erol Seker. « Indicateurs de santé dans le domaine ambulatoire ». Sécurité sociale CHSS, no 3 (2011): 151 54. ; Eggli, Yves, Patricia Halfon, Mehdi Chikhi, et Till Bandi. « Ambulatory Healthcare Information System: A Conceptual Framework ». Health Policy 78, no 1 (août 2006): 26 38. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.09.001.

				l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient4.» Le rapport explicatif (p.68) évoque un « *dossier médical électronique indépendant, si possible avec des données structurées*.[3] » Commentaires de PRISM : Nous pensons qu'il n'est pas pertinent de souligner le caractère indépendant du dossier médical électronique ; au contraire, plus les dossiers médicaux seront uniformes, plus facile sera l'interopérabilité et le transfert d'information. Par contre, nous soutenons la structuration des données, en suivant les standards internationaux, tout en laissant une marge d'appréciation à cette structuration, de manière à ne pas réduire la communication en santé à de seules données quantitatives, par exemple.	
PRISM	36b	3	d	*Réseaux* « 3. Les conditions d'admission portent sur: d. la coordination des prestations sur l'ensemble de la chaîne de soins; Le rapport explicatif (p. 68) indique que « *d. La coordination des prestations tout au long de la chaîne de soins doit répondre aux exigences fixées par le Conseil fédéral. Celles-ci sont consignées dans les contrats de coopération avec les autres fournisseurs de prestations (cercle de coopération). Ainsi, le Conseil fédéral pourrait p. ex. prévoir que la sortie d'un patient de l'hôpital doit être planifiée conjointement par l'hôpital et le réseau de soins coordonnés* » Commentaires de PRISM : Il importe de prévoir des ressources pour la coordination durant les séjours hospitaliers, afin de faciliter les transitions. Il ne s'agit pas uniquement de la transmission d'information, mais également de prises de décisions partagées requérant des interactions entre le stationnaire et l'ambulatoire (ex : tables rondes, etc.). Il importe donc de financer aussi bien les acteurs stationnaires que de premier recours pour cela.	

[3] OFSP. « Rapport explicatif relatif à la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » Ouverture de la procédure de consultation ». Berne (Suisse): Département fédéral de l'intérieur, 19 août 2020. www.bag.admin.ch.

PRISM	40	a		*Premier point de contact* 1 Chaque assuré doit choisir un fournisseur de prestations qui assume à son égard le rôle de premier point de contact. 2 Le premier point de contact a les fonctions suivantes: a. conseiller l'assuré en matière de santé; b. évaluer la nécessité d'un examen ou d'un traitement; c. évaluer la nécessité d'adresser l'assuré à un autre fournisseur de prestations. » Commentaires de PRISM : Le premier point de contact doit également inscrire son action dans un continuum de prise en charge du patient. Pour cela, il doit avoir accès aux informations pertinentes et fournir des informations pertinentes. Le premier point de contact, pour les patients complexes, doit avoir une vision d'ensemble de la prise en charge et s'assurer que son action s'inscrit dans une prise en charge coordonnée. Ce premier point de contact n'est pas seulement le point d'entrée du système de soins mais le garant d'une cohérence globale des prestations et des traitements, prescrits et administrés au niveau de cercle primaire ou du cercle de coopération.	
PRISM	48a	1	a et b	*Réseaux* *Conventions tarifaires avec les réseaux de soins coordonnés* *1 Les partenaires tarifaires conviennent de forfaits au sens de l'art. 43, al. 3, pour rémunérer:* *a. les prestations que proposent les réseaux de soins coordonnés;* *b. la coordination des prestations par les réseaux de soins coordonnés.* *2 La rémunération au sens de l'al. 1 couvre toutes les prétentions du réseau de soins*	Pour patients simple, prestations à l'acte Pour le premier point de contact, ajustement par rapport au risque, en fonction des comorbidités des patients, de sa médication et de son utilisation annuelle du

				coordonnés pour les prestations prévues par la présente loi. » Le rapport explicatif (p.71) mentionne que *« Le montant dépend des coûts pour lesquels les assureurs et les associations de médecins disposent de valeurs empiriques.* [4] *»* <u>Commentaires de PRISM :</u> Nous recommandons d'expérimenter dans des projets pilotes, le volume et les types d'activités de coordination requis, pour différentes catégories de patient.e.s. Ex : activités avec & sans le patient, tables rondes, déplacement des professionnel.le.s, rédaction de Plan de soins, de rapports, etc. Des patients avec besoins complexes[5] ont sans aucun doute des besoins plus importants, et plus durablement importants, que d'autres patients. Ces catégorisations pourraient être effectuées a priori, au moyen d'outils d'évaluation ad hoc, ou justifiées a posteriori par les soignants, par exemple au moyen de plans de prise en charge reflétant le fait que la coordination est bien en cours.	système de soins. Topping up des actes qui ne seraient pas directement en lien avec la mission du « premier point de contact » ? Pour réseaux de soins coordonnés : S'affranchir totalement pour cela d'OPAS? Tarmed? Etc. ?
	6.2.3	p.49		*Réseaux* Le rapport explicatif mentionne que « *la loi ne définit pas en détail les réseaux de soins coordonnés. Il appartiendra au Conseil fédéral de les définir plus précisément au niveau de l'ordonnance.* *(…) des standards minimaux devront être définis:* – *pour la **composition interprofessionnelle du personnel spécialisé employé par le centre de coordination** ;* – *pour les contrats avec les fournisseurs de prestations affiliés au centre de coordination (**cercle primaire**) et pour les contrats de coopération avec les autres fournisseurs de prestations (**cercle de coopération**) ;* – *pour les dossiers médicaux électroniques à utiliser.* [6] »	Attention, problème de traduction entre les versions FR et DT du rapport explicatif : □□die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten **Fachpersonals**; Fachpersonal = Professionnels (il ne doit pas être question de

[4] OFSP. « Rapport explicatif relatif à la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » Ouverture de la procédure de consultation ». Berne (Suisse): Département fédéral de l'intérieur, 19 août 2020. www.bag.admin.ch.

[5] Réf à lettre PRISM 2017, avec les vignettes des cplx ?!

[6] OFSP. « Rapport explicatif relatif à la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » Ouverture de la procédure de consultation ». Berne (Suisse): Département fédéral de l'intérieur, 19 août 2020. www.bag.admin.ch.

				Commentaires de PRISM : La formation à la coordination des soins fait partie de la formation de base des infirmiers (Bachelor). A cette formation de base peuvent s'ajouter des compétences cliniques spécifiques à une maladie (spécialisation en diabétologie) ou globales (master, APN). Il en va de même pour les assistantes médicales par exemple, qui peuvent obtenir en plus un titre en case management. Il s'agit ici de laisser la place à un leadership situationnel. Il n'est donc pas opportun de limiter les activités de coordination à du personnel hyper spécialisé. La coordination doit inclure les expertises requises au contexte dans lequel elle est nécessaire. Il ne s'agit pas de standardiser la composition du réseau de professionnels ; un cadre rigide serait contre-productif et non utilisable selon la région/situation où les professionnels exercent. Il s'agit de permettre le développement de réseaux ad hoc, pour qu'ils puissent soutenir la mise en œuvre des processus interprofessionnels et interinstitutionnels et qu'ils produisent les éléments escomptés (décisions partagées, formalisées). A ce titre, une standardisation des pratiques n'est probablement pas pertinente, mais une évaluation de la qualité devrait être effectuée. Nous recommandons d'expérimenter ceci dans des projets pilotes.	spécialisation ici)
PRISM	25	2	i	*Réseaux et Programmes* *Art. 25, al. 2, let. h et i* *« 2 Ces prestations comprennent:* *i. les prestations fournies dans le cadre de programmes structurés placés sous la direction d'un médecin.* Le rapport explicatif (p.29) mentionne que « *Dans le cadre de plans de traitement définis et de lignes directrices cliniques, des fournisseurs de prestations non-médecins peuvent également assumer des tâches de coordination et de conseil plus étendues ainsi que des*	Une lettre j doit être ajoutée pour des prestations de « care/case management «

				mesures de surveillance et de traitement spécifiques, lesquelles constitueraient sinon des prestations médicales. [7] » Commentaires de PRISM : Le terme de « direction » doit pouvoir laisser la porte ouverte à des modèles de « disease management » incluant différents professionnels, avec des rôles et des responsabilités qui devront être précisés localement (ass. médicales, patients-experts, infirmières, APN, physio, ergo, pharmacien, etc.). Cependant, les responsabilités doivent être clarifiées au niveau juridique (cf. devoir de diligence) : – responsabilité du contenu du programme de « disease management », – responsabilités spécifiques à un patient (« care/case management ») à l'intérieur du programme de « disease management » (ex : délégation d'actes – de manière globale ou spécifique à un patient - par le médecin à une ass. médicale, une inf BSc, une inf MSc (APN)). En effet, dans d'une prise en charge spécifique à un patient (« care management »), la répartition des tâches de coordination doit pouvoir être définie de manière ad hoc, en fonction des compétences et des besoins des patients.	
PRISM	33	3bis		*Programmes* *"Art. 33bis* *Il désigne les prestations qui peuvent être fournies dans le cadre de programmes structurés, placés sous la direction d'un médecin, visés à l'art. 25, al. 2, let. i. Il fixe les conditions que ces programmes doivent remplir. Les programmes sont soumis à l'approbation du DFI"* Le rapport explicatif (p. 29) mentionne que *"Des programmes structurés, (…) assortis de mesures d'assurance qualité tout au long du processus de prise en charge, pourront produire de meilleurs résultats que des mesures individuelles non structurées. (…) La surveillance et le contrôle médicaux sont uniquement assurés dans le cadre du contrôle de la qualité des programmes, mais non dans le traitement direct du cas particulier."*	

[7] OFSP. « Rapport explicatif relatif à la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » Ouverture de la procédure de consultation ». Berne (Suisse): Département fédéral de l'intérieur, 19 août 2020. www.bag.admin.ch.

				Commentaires de PRISM : Les conditions des programmes de “case/care management” doivent remplir doivent être suffisamment souples. Ils doivent mettre l’accent sur des éléments de processus et évalués à l’aide de mesures de qualité concernant, par exemple, la mise en œuvre de ces processus interprofessionnels, le degré d’atteinte des objectifs spécifiques élaborés avec/pour le patient, et la satisfaction du patient & des professionnels. Les indicateurs d’outcomes pour le « disease management » ne s’appliquent pas aux situations des patients complexes et multimorbides.	
PRISM	6.2.1	p. 28		*Réseaux* Le rapport explicatif (p.28) mentionne que « *La collaboration, la gestion des interfaces, la coordination, l’échange d’informations et la rémunération sont réglés contractuellement. Le fournisseur de prestations « réseau de soins coordonnés » inclut donc le centre de coordination et les fournisseurs de prestations rattachés par contrat (cercle primaire). Le réseau de soins coordonnés facture aux assureurs toutes les prestations qu’il fournit comme s’il s’agissait d’un seul fournisseur de prestations.* [8] » Commentaires de PRISM : Nous soutenons l’idée de forfait. Cependant, nous recommandons au législateur de prévoir des mécanismes de contrôle permettant un retour des prestations attendues pour des soins coordonnés ; en effet il nous semble important de motiver les professionnels à effectuer les processus nécessaires au « réseau ». La structure de l’institution abritant ces mêmes professionnels doit cependant être facilitatrice de ces processus.	
PRISM	6.2.2	p. 45		Le rapport explicatif (p.45) indique que *« Les partenaires tarifaires devront définir la rémunération des programmes dans le cadre du système de tarification en vigueur, qui comprend l’approbation des conventions tarifaires par la Confédération ou les cantons. Dans la plupart des cas, il sera probablement opportun de prévoir des montants forfaitaires.“* Commentaires de PRISM : A terme, le financement de ces programmes doit être forfaitaire. Pour cela, des pilotes doivent être menés afin d’identifier les instruments nécessaires pour	

[8] OFSP. « Rapport explicatif relatif à la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l’assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l’initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » Ouverture de la procédure de consultation ». Berne (Suisse): Département fédéral de l’intérieur, 19 août 2020. www.bag.admin.ch.

				identifier différentes catégories de patients pour différents forfaits, ce afin d'éviter la sélection des risques (par les assureurs comme par les prestataires). Par ailleurs, la répartition des forfaits entre des professionnels de différentes institutions reste à clarifier.	
PRISM	40	c	4	*Premier point de contact* *« Art. 40c Rémunération du premier point de contact* *3 Le Conseil fédéral fixe le montant du forfait après consultation des partenaires tarifaires.* *4 Il désigne les prestations réputées couvertes par le forfait. »* Commentaires de PRISM : Nous recommandons d'expérimenter dans des projets pilotes les prestations évoquées ici, ainsi que les différents professionnels pouvant jouer ce rôle, et dans quelles conditions (ex : médecin, ass médicale, infirmière, APN, etc.)	

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation	: Public Eye
Abréviation de la société / de l'organisation	: Public Eye
Adresse	: Av. Charles-Dickens 4, 1006 Lausanne Dienerstrasse 12, Postfach, 8021 Zürich
Personne de référence	: Patrick Durisch
Téléphone	: 021 620 03 06
Courriel	: patrick.durisch@publiceye.ch
Date	: 18 novembre 2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 novembre 2020** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif ____ **3**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications ____ **5**

Autres propositions ____ **6**

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	**Commentaire / observation**
Public Eye	Le rapport explicatif donne une image trompeuse des modèles de prix de médicaments, focalisant sur des perspectives d'économies à court-terme mais occultant leurs impacts négatifs à plus long-terme sur la transparence, sur la participation citoyenne ainsi que sur les prix publics, comme le montrent les expériences menées par des pays de l'Union européenne qui disposent de plusieurs années de pratique de ces modèles. Les modèles de prix ne permettront pas de combattre la « spirale des prix ascendante » (p. 34 du rapport explicatif) des médicaments brevetés. Au contraire, ils accentueront davantage l'asymétrie de pouvoir et d'information entre les firmes pharmaceutiques et l'OFSP au moment de négocier les prix de médicaments. Ceux-ci continueront de prendre l'ascenseur si rien n'est entrepris pour rééquilibrer les pouvoirs de négociation en présence. Par cette prise de position dans le cadre de la procédure de consultation, **Public Eye demande au Conseil fédéral de renoncer à ces modèles de prix opaques, et de supprimer en conséquence les articles 52b et 52c du projet mis en consultation (AP-LAMal)**, dans la mesure où leur consolidation au niveau de la loi suisse constitue une incohérence politique avec sa stratégie « Santé 2030 » (cf. axe 2.1 : L'ensemble de la population résidant en Suisse doit disposer d'informations transparentes, cohérentes et consistantes), sa politique extérieure en matière de santé 2019-2024 (cf, notamment les champs d'action « accès aux produits thérapeutiques » et « systèmes de santé durable et digitalisation ») ainsi qu'au niveau des buts visés (freiner la hausse des coûts des nouveaux médicaments et thérapies géniques). En outre, la consolidation de ces modèles de prix est en violation avec ses engagements internationaux au niveau de l'OMS, alors même que la Suisse s'était fortement engagée en faveur de la résolution WHA72.8 de l'Assemblée mondiale de la santé (adoptée le 28 mai 2019) qui appelle tous les Etats membres à « échanger publiquement des informations sur les prix nets [après déduction de tous les rabais, remises et autres incitations] des produits sanitaires ». Il est très étonnant de constater que cette résolution ne figure d'ailleurs nulle part dans le rapport explicatif, pas même dans la section 6.6.2 (compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse). Enfin, une récente prise de position de la commission nationale d'éthique concernant le prix des médicaments et leur accès équitable, sollicitée par l'OFSP, préconise qu'il « convient d'encourager et d'établir, au sujet des processus de décision et de la justification de ces décisions, des débats publics fondés sur des faits. C'est la seule façon de sensibiliser l'opinion publique au caractère limité des ressources, d'une part, et de créer et de faciliter au sein de la société des discussions impliquant les diverses parties prenantes (groupes d'intérêt), d'autre part » (Prise de position n° 35/2020, NEK/CNE, 2020). Ces débats publics ne pourraient pas avoir lieu si des modèles de prix confidentiels sont en place.
Public Eye	Le Conseil fédéral admet que « pour les médicaments surtout (…) les dépenses invoquées pour la recherche et développement ainsi que pour la production et la diffusion ne peuvent pas être suffisamment contrôlées » (p. 33 du rapport explicatif) mais ne propose aucune mesure concrète pour y remédier afin d'aboutir à davantage de transparence. Au contraire même, il propose d'ancrer juridiquement des modèles de prix avec des restitutions dont les montants seront tenus secrets, ajoutant encore plus d'opacité et octroyant encore davantage de pouvoir discrétionnaire au

	titulaire de l'autorisation pour fixer un prix.
Public Eye	Le modèle de prix (ou *managed entry agreement*) ne permettra pas de remédier au problème central de la fixation des prix des médicaments brevetés dans la liste des spécialités : l'asymétrie de pouvoir entre l'OFSP et le titulaire de l'autorisation lors de la fixation du prix, de par la situation de monopole et du fait qu'il dispose de beaucoup plus d'informations (coûts de R&D, études non publiées, données brutes d'essais cliniques, etc.) que l'OFSP. Au contraire même, un modèle de prix confidentiel est susceptible d'aggraver cette situation puisqu'une opacité accrue profitera en premier lieu aux firmes pharmaceutiques et péjorera encore davantage la pratique de comparaison internationale (*external reference pricing*), avec des répercussions en Suisse ainsi que dans les nombreux autres pays se référant aux prix suisses. Une étude économique récente basée sur l'expérience de modèles de prix sur plus de 150 médicaments dans 6 pays européens– dont plusieurs utilisés par la Suisse dans le cadre de la comparaison géographique – montre que leur introduction aboutit, en fin de compte, à une augmentation du prix public (Gamba et al, *Health Economics*, 2020). Un panel d'expert·es de l'Union européenne avait mis en garde contre l'opacité liée aux modèles de prix, pouvant donner l'impression d'un bon accord au niveau d'un pays mais n'offrant aucune garantie que cela en soit vraiment un puisque la comparaison internationale avec d'autres pays est biaisée (Expert Panel on effective ways of investing in Health, EU, 2018). En outre, l'évaluation de modèles de prix 6 ans après leur introduction en Belgique – un pays comparable à la Suisse au niveau de sa superficie et de son marché pharmaceutique – souligne que « Même si les accords MEA ont été présentés au départ comme des situations win-win, force est de constater que leurs bénéfices aujourd'hui sont clairs pour le monde pharmaceutique mais le sont de moins en moins pour les payeurs publics, surtout à long terme » (Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé KCE, Report 288B, 2017). Enfin, dans son rapport technique sur le prix de médicaments contre le cancer, catégorie faisant de plus en plus souvent l'objet de tels accords, un modèle de prix avec rabais confidentiel enlève aux citoyen·nes la possibilité de participer à la prise de décision et de juger si les autorités responsables ont agi dans leur meilleur intérêt, ce qui peut potentiellement compromettre la redevabilité, voire même favoriser la corruption (Pricing of cancer medicines and its impacts, WHO, 2018)
Public Eye	Public Eye se rallie pleinement à l'avis exprimé par le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT), qui estime que « l'introduction d'une disposition sur le maintien du secret dans la loi sur l'assurance-maladie ne va pas dans le bon sens, que le principe de la transparence vise à promouvoir la compréhension de l'administration et de son fonctionnement ainsi qu'à accroître l'acceptation de l'action étatique, et qu'il est essentiel que la population et les concurrents conservent la possibilité de comprendre et contrôler de manière exhaustive la pratique d'autorisation de l'OFSP. À moyen et long terme, une stratégie de transparence active, en particulier au niveau international, permettrait de diminuer les prix »
Public Eye	Public Eye s'oppose également à toute variante de ces modèles de prix, comme le *Pay-for-Performance* évoqué dans le rapport explicatif (p. 52), tant que ceux-ci ne reposent pas sur des critères totalement transparents (y compris sur le montant des restitutions en cas d'interruption de traitement ou de rémunération uniquement en cas de succès du traitement) et tant que le prix proposé par le titulaire de l'autorisation le base sur une hypothétique valeur définie par ses propres soins et non sur les investissements réellement consentis (coûts R&D).

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	**art.**	**al.**	**let.**	**commentaire / observation :**	**Proposition de modification (texte)**
Public Eye	52b	tous	tous	**Public Eye s'oppose à l'introduction de cet article dans la LAMal.** En lieu et place, l'OFSP devrait songer à un article **exigeant de la part du titulaire de l'organisation davantage de transparence, notamment sur ses coûts de recherche et développement réellement consentis**, et de revoir le système de fixation des prix (basés actuellement sur des comparaisons déficientes et une asymétrie de pouvoir/d'information) afin d'être en mesure de fixer un prix juste ne nécessitant aucune procédure de restitution.	Article à abroger Afin de proposer un article exigeant davantage de transparence de la part du titulaire de l'autorisation, l'OFSP pourrait s'inspirer de l'Italie qui, dans son décret du 2 août 2019 (publiée dans la Gazzeta Ufficiale della Repubblica Italiana du 24/7/2020), exige dorénavant pour l'inscription dans la liste des médicaments remboursés que le titulaire fournisse, outre la documentation usuelle : • Des informations concernant la commercialisation, la consommation, le prix et les modalités de remboursement du médicament en question dans d'autres pays • Les parts de marché annuelles envisagées, dans les segments spécifiques de marché visés, dans les 36 mois qui suivent • La quantification de toute contribution de nature publique concernant la recherche et développement du médicament
Public Eye	52c	tous	tous	Public Eye s'oppose à l'introduction de cet article dans la LAMal. Les documents officiels relatifs aux prix des médicaments ne doivent en aucun cas être exclus du champ d'application de la loi sur la transparence, pour les raisons évoquées précédemment.	Article à abroger

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet)
procédure de consultation

.

Autres propositions			
Nom/société	**Art.**	**Commentaire / observation**	**Proposition de texte**

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Public Health Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : PHS

Adresse : Dufourstrasse 30

Kontaktperson : Corina Wirth

Telefon : 031 350 16 00

E-Mail : info@public-health.ch

Datum : 17.11.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 6

Weitere Vorschläge 11

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Public Health Schweiz bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (Änderung KVG) Stellung zu nehmen. Public Health Schweiz ist ein unabhängiger, nationaler Fachverband, der sich für optimale Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz einsetzt.
	Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential.[1] Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Menschen, die an einer nichtübertragbaren Krankheit leiden, sind zudem stärker gefährdet, schwer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden. Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen; mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem. Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Bildung, Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken,

[1] OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006

	wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.[2][3][4]
	Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch – wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung – mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt. Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.[5] In der Schweiz gibt es heute gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.[6]

[2] Röösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

[3] Ragettli M, Flückiger B, Röösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

[4] https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html

[5] Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

[6] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html

	Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen und diese im Erfolgsfall nach Projektende national umzusetzen, wenn dafür die Finanzierung sichergestellt werden kann.[7] Eines von vielen guten Beispielen für wirksame präventive Massnahmen ist das seit 10 Jahre dauernde «Programme cantonal diabète» des Kantons Waadt, das eindrücklich zeigt, dass durch interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung gute Evidenzen geschaffen wurden, die klar für eine nationale Umsetzung der Massnahmen sprechen. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate im Kanton Waadt um 25% erreicht werden, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde. Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement[8], ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und der Folgebehandlungen abzuwenden.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

[7] https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html

[8] https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Wir begrüssen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich. Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

				und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können. Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' ist im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG. Um die Kosten nachhaltig zu dämpfen ist es entscheidend, dass nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation möglich sind, sondern auch Programme zur Prävention. Auch Schulen sollten in die Programme eingebunden werden können (etwa in Tabakpräventions- oder Impfprogramme).	
	Art. 33	Abs. 3bis		Wichtig ist, dass Programme zur Prävention ermöglicht und nicht eingeschränkt werden. Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf **'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht'** zu ändern.	Art. 33 Abs. 3bis Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe l erbracht werden
	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie.	

	Art. 36b			Wir begrüssen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. In der koordinierten Versorgung müssen alle wirksamen präventiven Massnahmen einbezogen und in den Netzwerken müssen alle präventiven Leistungen erbracht werden können. Auch wirksame Präventionsmassnahmen, die keine ärztliche Verschreibung erfordern, haben kostendämpfende Auswirkungen. Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge, Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit einer angemessenen Mitsprache von Patientinnen und Patienten. Netzwerke dürfen nicht durch Krankenversicherer oder von diesen kontrollierten Organisationen betrieben werden.	
	Art. 40a f			Die der Erstberatungsstelle zugrunde liegende Grundidee im Sinne der Triage und Koordination der Behandlung kann sinnvoll sein. Allerdings geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung: - Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei verschiedene Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.[9] Die Grundversorger/innen sind idealerweise interprofessionell und -disziplinär vernetzt.	

[9] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html

				- Der Zugang zur Diagnose darf nicht verzögert werden. Auch bei nicht übertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. - Das Modell soll gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung der Erstberatung würde diesem Anliegen entgegenstehen. Pauschalabgeltungen führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. - Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Das Ziel, dass die Erstberatung Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung gerade nicht erreicht werden können.	
	Art. 47b			Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie aus Gründen des Umweltschutzes. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin verlangen können, die Rechnung kostenlos in Papierform zu erhalten. Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und	

				Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien Gesundheit 2020 sowie Gesundheit 2030 erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Die Rechnungen sollten in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben sein. Zudem muss die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Christa Ruggaber

Gesendet: Sonntag, 13. September 2020 22:24
Betreff: Hausarztmodel /Erstberatung
Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Herren Und Damen
Vorausschickend: ich schreibe ohne jegliche Lobby
Die Ankündigung weiterer Sparmassnahmen bewegt mich sehr aus der Sicht des Patienten, des Users.
Flächendeckend Hausarztmodel ist das Ziel. Dem stimme ich grundsätzlich zu, vorausgesetzt der Gesetzgeber nimmt auch die Krankenkasse in die Pflicht.
Warum dieses Aber?
Ich hatte bis vor 10 Monaten das Hausarztmodell. Aber meine Krankenkasse unterstützt dieses nicht mehr an meinem Wohnort. Die Argumentation der Krankenkasse war, in Zofingen Z.B. habe es zu wenig Mitglieder. Ich könne mir ja einen neuen Hausarzt in Olten suchen.

1. Darf man sich glücklich schätzen, überhaupt einen Hausarzt zu haben, einen neuen zu finden gleicht der Suche nach einer Stecknadel im Heuhaufen, wenn überhaupt
2. Das Know How des Arztes wäre verloren, es gäbe daher als Folge eine Vielzahl neuer Untersuchungen, die Kosten verursachen
3. Bei schlechter Gesundheit höherem Alter entständen zusätzliche Kosten durch Patiententransporte oder Taxi

Daher keine Option
Mich bewegt die Frage, wird bei der allfälligen Umsetzung solcher Massnahmen daran gedacht, auch alle Player in die Pflicht zu nehmen, nicht nur den Patienten.
Freundliche Grüsse
Christa Ruggaber
Pomerngut D2
4800 Zofingen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : SAGES

Adresse : Geschäftsstelle, 3010 Bern

Kontaktperson : Sandro Bertschinger

Telefon : 076 395 33 66

E-Mail : geschaeftsstelle@sages.ch

Datum : 21.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.

2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.

4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 5

Weitere Vorschläge 8

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 9

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
	Im erläuternden Bericht zur Vorlage führen Sie ab Seite 26 unter dem Titel «Koordinierte Versorgung stärken» diverse Punkte auf. Unser Fachverband begrüsst es sehr, dass die koordinierte Versorgung gestärkt werden soll. Auf Seite 27 erwähnen Sie unter dem Titel «Netzwerke zur koordinierten Versorgung», dass ein solches Netzwerk aus mindestens einem Koordinationszentrum unter ärztlicher Leitung und weiteren angestellten Gesundheitsfachpersonen bestehen soll. Dem Koordinationszentrum können Ihren Ausführungen zu Folge vertraglich weitere ambulant tätige oder stationäre Leistungserbringer angeschlossen sein. In der Klammerbemerkung führen Sie diese Leistungserbringer aus: Apotheken, Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Hilfe zu Hause, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Spezialärztinnen und -ärzte, Spitäler etc. Aus unserer Sicht ist hier eine der wichtigsten Partnerinnen resp. Leistungserbringerinnen NICHT erwähnt: die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, welche Teil des interdisziplinären Teams ist und bei komplexen Fallbegleitungen eine nicht zu ersetzende Position einnimmt. Es ist aus unserer Sicht sehr erstaunlich, dass an der diesjährigen Nationalen Konferenz Gesundheit2030 die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und die sozialen Determinanten und Einflussfaktoren auf die Gesundheit praktisch bei jedem Referat und auf dem Podium als wichtige Wirkfaktoren genannt wurden, in Ihrem erläuternden Bericht aber keinerlei Erwähnung finden! Es gibt breite Evidenz, dass soziale Kontextfaktoren Krankheiten und ihre Auswirkungen auf einen Menschen und sein Umfeld stärker beeinflussen als somatische und psychische Faktoren. Der Verzicht auf professionelle Soziale Arbeit im Gesundheitswesen schmälert die Wirksamkeit der Behandlung und läuft den Bemühungen des Bundes um eine integrierte resp. koordinierte Versorgung zuwider. Es ist unerlässlich, die Soziale Arbeit ab sofort in einem Atemzug mit anderen, ebenfalls relevanten Gesundheitsberufen zu nennen. Ansonsten fehlt in einer biopsychosozialen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit, welche heute flächendeckend angewandt wird, die soziale Komponente, für welche nur Ausgebildete in Sozialer Arbeit als Expertengruppe in Frage kommen. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind von Berufs wegen darauf spezialisiert, hochkomplexe Situationen zu erfassen und eine effektive Ausrichtung der Hilfestellungen, welche sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, zu gewährleisten. Die Sozialarbeitenden sind vertraut damit, alle relevanten Stakeholder in einen Fallprozess zu integrieren und zusätzlich den Bezug mit der individuellen Lebenslage der Patientinnen herzustellen. Es ist mittlerweile, wie oben schon erwähnt, durch Wissenschaft und Praxis gut belegt, dass soziale Faktoren Einfluss auf die Gesundheit haben und umgekehrt. So zeigen sozialepidemiologische Untersuchen, dass Personen mit einem tiefen sozioökonomischen Status häufiger an verschiedenen Erkrankungen leiden, wie z.B. Herzkreislauf-Probleme, Diabetes und Krebs. Wenn die Expertise der Sozialen Arbeit im Rahmen einer integrierten resp. koordinierten Versorgung systematisch einbezogen wird, können die sozialen Faktoren fundiert bearbeitet werden und so ihren Teil zur Stabilisierung und Linderung der Situation von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen beitragen. Hierdurch werden die weiteren

	Leistungserbringer unterstützt. Die Kosten, welche dadurch für die Versicherungen und die Volkswirtschaft eingespart werden können, sind immens! Ein Beispiel, dass die Kompetenzen und Koordinationsfähigkeiten von Sozialarbeitenden aufzeigt, wird aus unserem Fachbereich «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» ersichtlich. Der Fachbereich unterstützt Ärztinnen, Ärzte und Sozialarbeitende bei der Umsetzung der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis und fördert den Austausch von Wissen und Erfahrungen aller Beteiligten. Mit dem neuen Fachbereich hat unser Fachverband auf ein Bedürfnis von Seiten der Ärzteschaft reagiert. Diese sind oftmals als erste mit sozialen Problemen von Patientinnen und Patienten konfrontiert. Das Wissen, wie bei gesundheitsbedingten sozialen Problemen geholfen werden kann, ist aber auf Seite der Ärztinnen und Ärzte oftmals nicht im benötigten Ausmass vorhanden. Zum Schluss möchten wir erwähnen, dass unser Fachverband zwingend auf die Adressatenliste solcher, das Gesundheitswesen betreffender Vernehmlassungen gehört. Wir bitten Sie, dies in Zukunft zu berücksichtigen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
	36b	3	b	Die Zulassungsvoraussetzungen für die Netzwerke zur koordinierten Versorgung, welche vom Bundesrat (allenfalls in einer Verordnung) festgelegt werden, müssen zwingend das Vorhandensein von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern als Fachpersonal beinhalten. Ansonsten können die hochstehenden und zweckmässigen Leistungen nicht in erforderlichem Mass und nachhaltig erbracht werden.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren

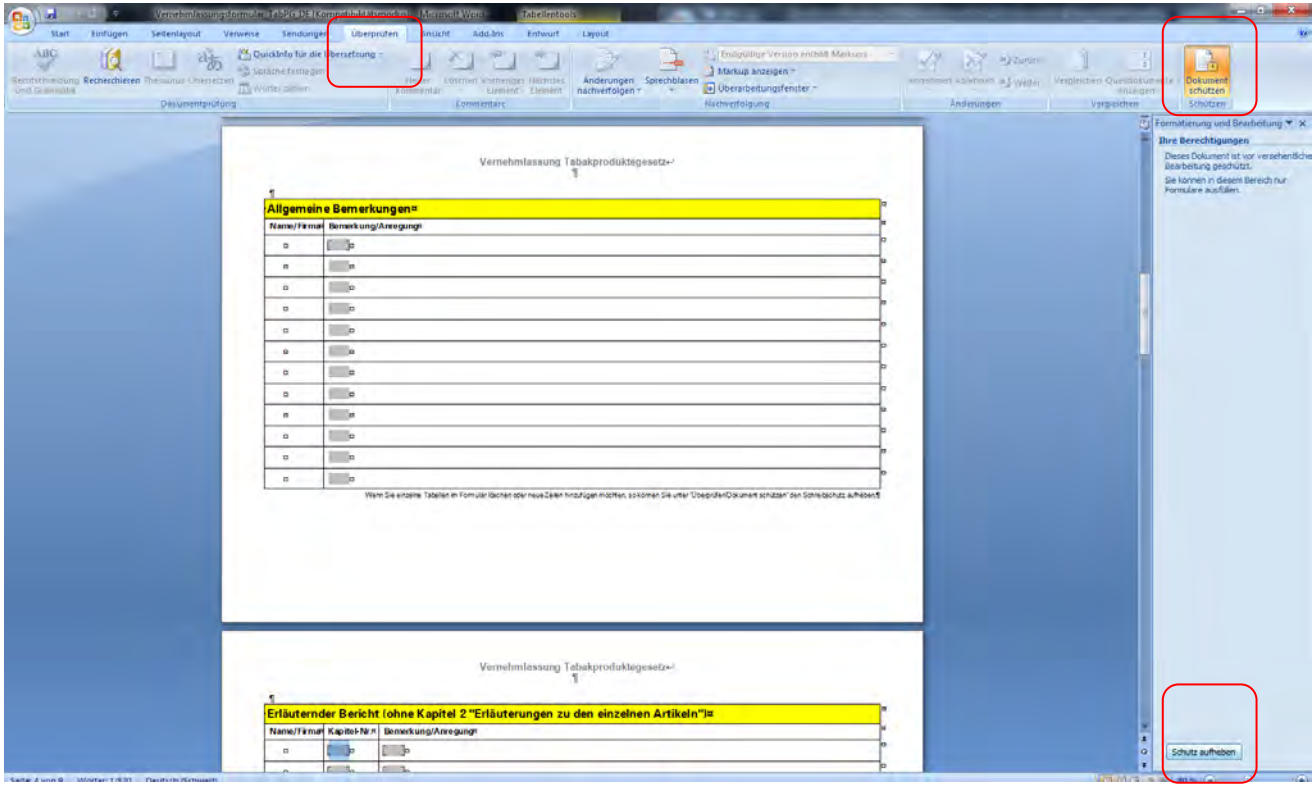
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

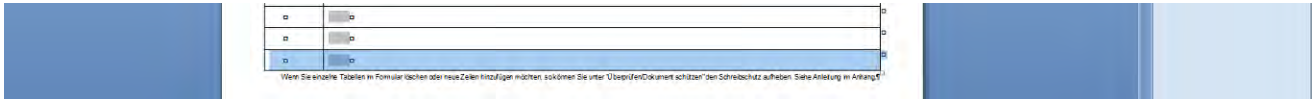
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben



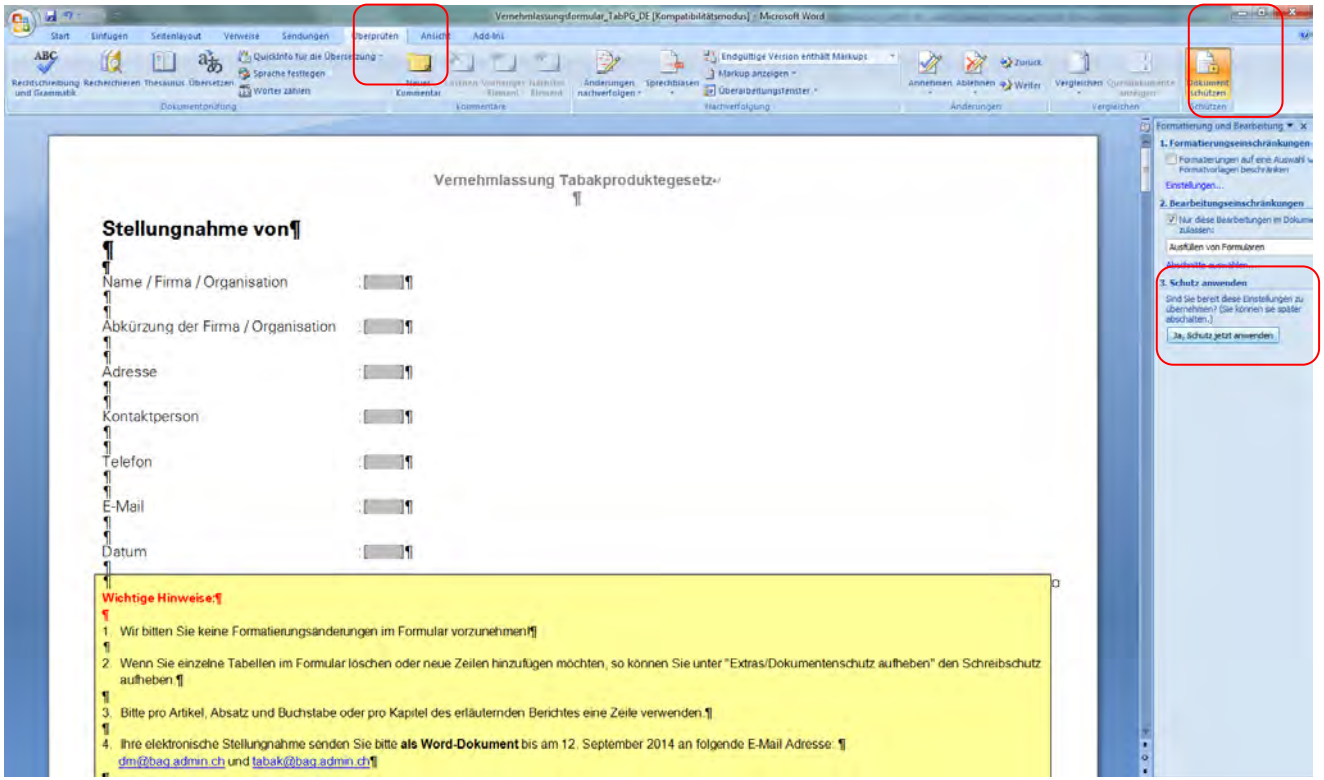
2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren



SWISS MEDTECH

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarife und Grundlagen

Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Datum Bern, 19.11.2020

Kontakt joerg.baumann@swiss-medtech.ch

Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis zum 19. November 2020 eröffnet und unseren Verband zur Stellungnahme eingeladen.

Gerne lassen wir Ihnen folgend unsere Vernehmlassungsantwort zukommen.

I. Vorbemerkungen

Swiss Medtech setzt sich für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen für alle ein. Die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und die Verschreibungsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte bilden das Gerüst für ein patientenzentriertes Schweizer Gesundheitswesen. Patienten sollen auch künftig Zugang zu den für sie am besten geeigneten Medizinprodukten haben. Am Innovationsstandort Schweiz muss der Zugang zu neuen, wirksameren Therapien und Medizinprodukten ohne Verzögerung sichergestellt werden. Swiss Medtech setzt sich ebenso für ein nachhaltig finanziertes Gesundheitswesen ein.

Unsere Stellungnahme beschränkt sich auf die unmittelbar die Medizintechnikbranche betreffenden Massnahmen des Kostendämpfungspakets. Wir fokussieren uns deshalb auf die Massnahmen «1. Zielvorgabe» und «7. Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien». Bezüglich der übrigen Massnahmen unterstützen wir die Stellungnahme der Interpharma.

Grundsätzlich sind wir der Ansicht, dass das vorliegende Paket kein zielführender Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der CVP ist. Es ist unstrukturiert, die einzelnen Massnahmen weisen keinen systemischen Sachzusammenhang auf und verfügen auch nicht über nachweisbares plausibles Sparpotential.

Position von Swiss Medtech:

Swiss Medtech lehnt die folgenden Massnahmen ab und beantragt, auf diese zu verzichten:

- Zielvorgaben für das Kostenwachstum (Art. 54, Art. 54a, Art. 54b, Art. 54c, Art. 54d),
- Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG.

Im Übrigen unterstützen wir die Stellungnahme der Interpharma.

II. Zu den einzelnen Massnahmen:

1. Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP

Wir lehnen Zielvorgaben und Kostendächer auf nationaler als auch kantonaler Ebene entschieden ab. Es handelt sich bei der Massnahme de facto um die Einführung von Globalbudgets, obwohl der Titel anders lautet. Ein solches System ist systemwidrig und setzt falsche Anreize, weil die Konsequenzen von Budgetüberschreitungen in einer nachfolgenden Periode greifen und weil sie auch Akteure treffen, die sich korrekt und kostenbewusst verhalten oder mit etwas Mehraufwand Einsparungen in anderen Bereichen erzielen.

Gesundheitssysteme müssen sich über Qualitätsziele und nicht über Kostenziele definieren. Qualität darf nicht durch einseitige Kostenziele diskreditiert werden. Das Gesundheitswesen ist aufgrund der technologischen Entwicklungen, des demografischen Wandels und steigender Nachfrage sehr dynamisch. Informationen zur Steuerung sind immer unvollständig, was Ineffizienzen bei Entscheidungen im komplexen Gesundheitswesen zur Folge hat.

Durch die vorgeschlagene Form der Zielvorgaben wird die Administration massiv erhöht, indem nationale Ziele, kantonale Ziele und Ziele pro Leistungsgruppe geschaffen werden sollen. Noch mehr Administration würde dann durch Korrekturmassnahmen entstehen, wenn Kostenziele nicht eingehalten werden. So wird ausserdem das «Silodenken» der einzelnen Branchen gefördert, was allen Bestrebungen im Bereich der integrierten Versorgung entgegenläuft.

Die Umsetzung der beschriebenen Massnahme würde im Effekt zu Rationierungen von medizinischen Leistungen führen, die im krassen Gegensatz zu den WZW-Kriterien stehen. Die Folge wäre, dass Patienten schlechter versorgt, d.h. Behandlungsqualität und Patientensicherheit leiden würden. Ausserdem würden notwendige Investitionen gebremst oder verhindert, was langfristig die Qualität senkt und Kosten sowie Inneffizienz erhöht. Diese Effekte sind mit Sicherheit nicht anzustreben.

Ausländische Erfahrungen und Auswertungen von Kantonen, die mit Globalbudgets arbeiten (Waadt, Genf und Tessin), zeigen, dass Globalbudgets eine zweifelhafte Wirkung haben und keine nutzbringenden Effekte in Bezug auf die Kostenentwicklung ausweisen können.

Alternativen zu dieser Form von Globalbudgets sind vorhanden:

- Die überfällige Operationalisierung und damit korrekte Umsetzung der WZW-Kriterien des KVG würde zu einem deutlich verbesserten Kosten-Nutzen-Verhältnis der medizinischen Leistungen führen, wovon Versicherte profitieren würden.
- Sinnvoll wäre es, Kostenziele unter den Tarifpartnern zu vereinbaren, versehen mit den richtigen Anreizen. Solche Lösungsansätze bestehen heute bereits, eine Anwendung auf breiter Ebene findet aber noch nicht statt. Es sind stärkere Anreize zu setzen, um weitere, innovative Lösungen bottom-up zu stimulieren.
- Der Fokus darf nicht einseitig auf Kostendämpfung gelegt werden, sondern muss auf Qualität ausgerichtet sein, damit medizinische und technologische Innovation gefördert und gestärkt wird. Der Nutzen für die Patienten muss ins Zentrum der Gesundheitspolitik gestellt werden.

2. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung

Diese Massnahme lehnen wir ebenfalls entschieden ab und verweisen darauf, dass der Nationalrat eine entsprechende Bestimmung bereits in seiner Debatte vom 29. Oktober 2020 mit klarem Mehr abgelehnt hat.

Auf den ersten Blick ist diese Bestimmung überflüssig, da die Konkretisierungskompetenz auf Verordnungsstufe bei jeder Gesetzesbestimmung ohnehin gegeben ist und nicht jedes Mal explizit im Gesetz

genannt werden muss. Der vorgeschlagene Art. 32 Abs. 3 ist eine äusserst weitreichende Delegationsnorm, die aus staatspolitischer Sicht fragwürdig ist. Der Bundesrat könnte ohne Einbezug des Gesetzgebers sämtliche Regeln für die WZW-Überprüfung anpassen. Er könnte in den Bereich der Autonomie der Tarifpartner intervenieren und die ganze Anwendung der WZW-Bestimmungen «verstaatlichen». Dies ist insbesondere deshalb befremdend und nicht zielführend, weil der Bundesrat seiner Aufgabe, die WZW-Kriterien des KVG zu konkretisieren respektive zu operationalisieren, seit Inkrafttreten des KVG nur ansatzweise nachgekommen ist. Dieses Versäumnis hat auch direkten Einfluss auf die Beurteilung von Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessments (HTA) durch das BAG, welche - wie von Swiss Medtech bereits verschiedentlich moniert - in rechtsstaatlich fragwürdigen Verfahren ohne klare und transparente Regeln durchgeführt werden.

Der Versuch, die Akteure und insbesondere die Tarifpartner nun durch die Platzierung dieser Bestimmung vom weiteren Prozess zur Konkretisierung der WZW-Kriterien weitgehend auszuschliessen, ist nicht nur systemisch falsch, weil damit ein massiver Eingriff in die Tarifautonomie verbunden wäre, es würden damit auch in inhaltlicher Hinsicht viele konstruktive Ansätze zur Weiterentwicklung unterbunden.

Der Bundesrat will mit dieser Massnahme die Rechtsgrundlagen für eine möglichst kostengünstige Vergütung schaffen. Damit würde bei der Vergütung der Nutzen für Patienten, für das Gesundheitswesen, für andere Sozialversicherungen und für die Gesellschaft in den Hintergrund treten. Dies schädigt nicht nur die Qualität des Gesundheitswesens, sondern hemmt die Innovation und den Zugang für Patientinnen und Patienten zu optimalen Behandlungen. Es ist zudem nicht vereinbar mit dem bedeutenden Forschungs- und Innovationsstandort Schweiz.

Anstelle der vorgeschlagenen Bestimmung in Art. 32 Abs. 3 sollte im KVG sichergestellt werden, dass bei Vergütungsentscheiden die Ziele einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens und der rechtsgleiche und breite Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen und der Innovation berücksichtigt werden. Die wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritte und die Versorgungssicherheit sind durch geeignete Methodik bei jeder WZW-Prüfung zu berücksichtigen und medizintechnische und therapeutische Fortschritte zu honorieren.

III. Anträge zur Vorlage

Swiss Medtech lehnt die Massnahmen gemäss Position und Anträge auf der ersten Seite ab und unterstützt im Übrigen die Stellungnahme von Interpharma.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Erwägungen und Anregungen und stehen Ihnen für Fragen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Swiss Medtech

Peter Biedermann, Geschäftsleiter

Jörg Baumann, stv. Geschäftsleiter